

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



## **MAESTRÍA EN CIENCIAS**

### **MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL**

## **TESIS**

**IMPACTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN NIÑOS**

**MENORES DE 5 AÑOS DEL DISTRITO DE GREGORIO PITA- SAN**

**MARCOS 2008-2012.**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

Presentada por:

**MELISA LEIVA CARRANZA**

Asesor:

**M. CS. PEDRO YÁÑEZ ALVARADO**

CAJAMARCA, PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by  
**MELISA LEIVA CARRANZA**  
Todos los derechos reservados

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



## **MAESTRÍA EN CIENCIAS**

### **MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL**

### **TESIS APROBADA**

#### **IMPACTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL DISTRITO DE GREGORIO PITA- SAN MARCOS 2008-2012.**

Para optar el Grado Académico de

### **MAESTRO EN CIENCIAS**

Presentada por:

**MELISA LEIVA CARRANZA**

### **Comité Científico**

M. Cs. Pedro Yáñez Alvarado  
Asesor

Dr. Elfer Miranda Valdivia  
Jurado Evaluador

Dra. Doris Castañeda Abanto  
Jurado Evaluador

Dr. Héctor Gamarra Ortiz  
Jurado Evaluador

CAJAMARCA, PERÚ

2017



# Universidad Nacional de Cajamarca

## Escuela de Posgrado

### PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

#### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 9.10... de la mañana del día 19 de octubre de dos mil diecisiete, reunidos en el auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. ELFER MIRANDA VALDIVIA**, en Representación del Director y como Miembro del Jurado Evaluador, **M.Cs. PEDRO YÁÑEZ ALVARADO**, en calidad de Asesor, **Dra. DORIS CASTAÑEDA ABANTO**, **Dr. HÉCTOR GAMARRA ORTIZ**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada “**IMPACTO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL DISTRITO DE GREGORIO PITA – SAN MARCOS 2008 – 2012**”, presentada por la **Bach. en Enfermería MELISA LEIVA CARRANZA**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales, con Mención en **GERENCIA SOCIAL**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... *Aprobada*... con la calificación de *Dieciséis (16) Buena*... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Enfermería MELISA LEIVA CARRANZA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales, con Mención en **GERENCIA SOCIAL**.

Siendo las 10:25... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....  
**Dr. Elfer Miranda Valdivia**  
**JURADO EVALUADOR**

.....  
**Dra. Doris Castañeda Abanto**  
**JURADO EVALUADOR**

.....  
**M.Cs. Pedro Yáñez Alvarado**  
**Asesor**

.....  
**Dr. Héctor Gamarra Ortiz**  
**JURADO EVALUADOR**

**A:**

Mis padres, esposo e hijo por su apoyo, amor y calidez familiar. Ellos día a día me incentivan a ser mejor profesional, madre y esposa.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y a mis padres por darme la vida, por estar conmigo en los momentos más importantes de mi vida, brindándome su apoyo incondicional e incentivándome día a día a ser mejor persona.

Al personal del puesto de salud del distrito Gregorio Pita por su apoyo brindándome información necesaria para llevar a cabo la investigación.

A las familias con niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita por la acogida y facilitación de información sobre cambio de hábitos y costumbres desde la implementación del Programa articulado Nutricional.

Nuestro conocimiento solo puede ser finito, mientras que nuestra ignorancia necesariamente tiene que ser infinita.

Karl Popper.

## CONTENIDO

| Ítem   | Página |
|--|--------|
| AGRADECIMIENTOS .....                        | vi     |
| LISTA DE ILUSTRACIONES .....                 | x      |
| LISTA DE ABREVIACIONES .....                 | xi     |
| RESUMEN.....                                 | xiii   |
| ABSTRACT .....                               | xiv    |
| <b>CAPÍTULO I.</b>                           |        |
| INTRODUCCIÓN.....                            | 1      |
| <b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>             |        |
| 1.1. Planteamiento del problema.....         | 3      |
| 1.2. Formulación del problema.....           | 5      |
| 1.3. Hipótesis de investigación.....         | 6      |
| 1.4. Objetivos de investigación.....         | 6      |
| 1.4.1. Objetivo general.....                 | 6      |
| 1.4.2. Objetivos específicos.....            | 6      |
| 1.5. Justificación.....                      | 6      |
| <b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>            |        |
| 2.1. Antecedentes de la Investigación.....   | 8      |
| 2.2. Antecedentes históricos.....            | 13     |
| 2.3. Bases Teóricas.....                     | 16     |
| 2.4. El estado frente a la desnutrición..... | 35     |
| 2.5. Definición de Términos Básicos.....     | 40     |

## **CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO**

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Definición Operacional de las variables.....              | 42 |
| 3.2. Unidad de análisis, Universo y Muestra.....               | 43 |
| 3.3. Tipo y Diseño de la investigación .....                   | 44 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos..... | 44 |
| 3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....        | 45 |

## **CAPÍTULO IV.**

|   |    |
|---|----|
| RESULTADOS.....   | 46 |
| 4.1. Características sociodemográficas de las familias .....  | 46 |
| 4.2. Prácticas relacionadas a la salud de las familias.....   | 51 |
| 4.2.1. Prácticas de salud en Madres gestantes.....            | 51 |
| 4.2.2. Prácticas de salud en niños menores de 5 años.....     | 54 |
| 4.3. Resultados entrevista realizada a personal de salud..... | 59 |
| DISCUSION DE RESULTADOS.....                                  | 61 |

## **CAPÍTULO V.**

|                              |    |
|------------------------------|----|
| CONCLUSIONES.....            | 77 |
| RECOMENDACIONES.....         | 79 |
| LISTADO DE REFERENCIAS ..... | 81 |
| APÉNDICES.....               | 85 |

## LISTA DE ILUSTRACIONES

| <b>Tablas</b>  | <b>Página</b> |
|--|---------------|
| 1. Indicadores de salud en Cajamarca.....  | 40            |
| 2. Grado de instrucción de madres de familia del niño menor de 5 años .....                              | 46            |
| 3. Ocupación de la madre del niño menor de 5 años .....  | 47            |
| 4. Ingreso económico mensual de la familia con niños menores de 5 años....                               | 47            |
| 5. Familia con niños menores de 5 años según tipo de abastecimiento<br>de agua.....                      | 48            |
| 6. Familias con niños menores de 5 años según eliminación de excretas.....                               | 48            |
| 7. Familias con niños menores de 5 años que cuentan con cocina mejorada..                                | 49            |
| 8. Familias con niños menores de 5 años afiliados al SIS .....   | 50            |
| 9. Familias con niños menores de 5 años beneficiarias del Programa Juntos<br>.....                       | 50            |
| 10. Madres de niños menores de menores de 5 años según controles prenatales                              | 51            |
| 11. Madres de niños menores de menores de 5 años según suplementación con<br>hierro en su embarazo ..... | 52            |
| 12. Madres de niños menores de menores de 5 años que recibieron canasta de<br>alimentos PIN .....        | 52            |
| 13. Madres de niños menores de menores de 5 años, según lugar de parto.....                              | 53            |
| 14. Niños menores de 5 años según grupo de edad .....  | 54            |
| 15. Niños menores de 5 años según estado nutricional .....   | 55            |
| 16. Niños menores de 5 años según peso al nacer .....  | 55            |
| 17. Niños menores de 5 años según talla al nacer .....   | 56            |
| 18. Niños menores de 6 meses según tipo de alimentación .....  | 56            |

|  |    |
|--|----|
| 19. Niños menores de 5 años Según CRED completo.....   | 57 |
| 20. Niños menores de 5 años según cumplimiento de calendario de vacunas ..   | 57 |
| 21. Niños menores de 5 años según infección respiratoria aguda .....   | 58 |
| 22. Niños menores de 5 años, según enfermedad diarreica aguda .....  | 58 |
| 23. Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años según<br>Departamento, Provincia y Distrito. 2007 .....   | 86 |
| 24. Cobertura de vacunas y paquete de Crecimiento y Desarrollo es nutrición<br>en niños menores de 5 años ssegún Departamento, Provincia y Distrito. 2007<br>..... | 86 |

**Figuras.**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1. Modelo Lógico de PAN ..... | 39 |
|-------------------------------|----|

## LISTA DE ABREVIACIONES

|         |   |
|---------|---|
| PAN:    | Programa Articulado Nutricional.                    |
| MIDIS:  | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Perú. |
| DCI:    | Desnutrición Crónica Infantil                       |
| MEF:    | Ministerio de Economía y Finanzas                   |
| PPR:    | Presupuesto por Resultados                          |
| CRED:   | Crecimiento y Desarrollo                            |
| IRAS:   | Infecciones Respiratorias Agudas                    |
| EDAS:   | Infecciones diarreicas Agudas                       |
| MONIN:  | Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales.    |
| ENDES:  | Encuesta Nacional Demográfica y de Salud            |
| INEI:   | Instituto Nacional de Estadística e Informática     |
| SIS:    | Seguro Integral de Salud                            |
| MINSA:  | Ministerio de Salud                                 |
| OMS:    | Organización Mundial de la Salud                    |
| UNICEF: | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia       |
| MINDES: | Ministerio de Desarrollo y Poblaciones Vulnerables  |

## RESUMEN

El trabajo de investigación titulado “Impacto Del Programa Articulado Nutricional en niños menores de 5 años del Distrito De Gregorio Pita - San Marcos 2008 – 2012”. Tiene como objetivo principal identificar el impacto de dicho programa en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil. Es un estudio descriptivo y analítico, tiene como unidad de análisis la familia y una muestra de 317 familias con niños menores de 5 años. Para la recolección de información se usó encuestas, entrevistas y revisión documental. Entre los resultados más importantes se encontró que el índice de desnutrición crónica en niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita- San Marcos ha disminuido en 25.5 puntos porcentuales en un periodo de 5 años; es decir pasó de 57.7% en el 2007 a 32% en el 2012, gracias a las actividades preventivo promocionales que vienen realizándose como parte de la implementación del Programa. Así mismo se encontró que la lactancia materna exclusiva, el control de crecimiento y desarrollo y la cobertura de vacunas básicas han aumentado, además hay disminución en infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda. La mayoría de niños menores de 5 años cuentan con seguro integral de salud, afiliación al Programa juntos, acceso al agua segura, saneamiento básico, cocina mejorada, lo cual contribuye a la disminución de la desnutrición crónica infantil.

**Palabras clave:** Desnutrición Cónica, Programa Articulado Nutricional e Impacto.

## **ABSTRACT**

The research work entitled "Impact of the Nutritional Articulated Program in children under 5 years of the District of Gregorio Pita - San Marcos 2008 - 2012". Its main objective is to identify the impact of this program in relation to the reduction of chronic child malnutrition. It is a descriptive and analytical study, has as a unit of analysis the family and a sample of 317 families with children under 5 years. For the collection of information, surveys, interviews and documentary review were used. Among the most important results, it was found that the chronic malnutrition index in children under 5 years of the Gregorio Pita-San Marcos district has decreased by 25.5 percentage points in a period of 5 years; that is, it went from 57.7% in 2007 to 32% in 2012, thanks to the promotional preventive activities that have been carried out as part of the implementation of the Program. It was also found that exclusive breastfeeding, control of growth and development and coverage of basic vaccines have increased, in addition there is a decrease in acute respiratory infections and acute diarrheal disease. The majority of children under 5 years of age have comprehensive health insurance, affiliation to the Program together, access to safe water, basic sanitation, improved cooking, which contributes to the reduction of chronic child malnutrition.

**Key words:** Conical Malnutrition, Nutritional Articulated Program and Impact

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

En los últimos 20 años ha mejorado las expectativas de vida de los niños y niñas a nivel mundial aun así existen 20 millones de niños que sufren desnutrición crónica infantil en los países subdesarrollados lo cual compromete su desarrollo físico e intelectual afectando su futuro, el de su familia y comunidad. (PAN, RD N°05-2015)

La desnutrición crónica infantil representa uno de los problemas sociales más graves, que se inicia antes de cumplir los 2 años de edad y se expresa posteriormente en retardo en el crecimiento y desarrollo de los niños, con daños irreversibles que afectan su capacidad física e intelectual. (Políticas Regionales en Salud 2004-2010. Gobierno Regional de Cajamarca), disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su País. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad. (UNICEF, 2011).

En nuestro país ENDES 2007 reporta que a nivel nacional la desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanza un 22,6%, en el Departamento de Cajamarca 46.6 %, en la provincia de San Marcos 53.6%, y el Distrito en estudio Gregorio Pita el 57.7%. Frente a tan alarmantes cifras se viene implementando a partir del 2008 el Presupuesto por Resultados con la finalidad de incrementar la cobertura de bienes y servicios.

A nivel del departamento de Cajamarca se tiene un índice de 27.8 % y en la provincia de San Marcos 40.9%, así mismo el distrito Gregorio Pita al 2012 se tiene un índice de 35.4 % de desnutrición crónica. (Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2012). Así mismo INEI 2011-2012 reporta que la desnutrición crónica en el departamento de

Cajamarca (34.2%) ha disminuido en 12.4 puntos porcentuales en comparación con el año 2007.

Uno de estos programas presupuestales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años; para lo cual prioriza y articula un conjunto de intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental buscando generar sinergias en función de este resultado común

En este sentido se plantea la investigación con el propósito de conocer el impacto del Programa Articulado Nutricional en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en el Distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012, mediante encuestas realizadas a madres de familia, entrevistas a personal de salud y revisión de reportes de la Dirección Regional de Salud Cajamarca y del Instituto Nacional de Estadística Informática acerca del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años. La presente investigación se ha estructurado en capítulos como se presenta a continuación:

En el capítulo I se presenta el problema de investigación, planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación y los objetivos del estudio.

En el capítulo II se abordan el marco teórico, antecedentes y bases teóricas, los cuales son aspectos teóricos relacionados a la desnutrición crónica infantil y el Programa articulado.

En el capítulo III se aborda el diseño metodológico, tipo de investigación, el ámbito de estudio, población y muestra, la unidad de análisis, técnicas e instrumentos y el procesamiento de datos.

En el capítulo IV los resultados y Discusión

En el capítulo V se presenta las conclusiones y recomendaciones

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Planteamiento del Problema

La desnutrición infantil es un problema de salud pública en los países en desarrollo y sobretodo en el Perú. (INEI, 2010). Influenciando directamente en la situación de bienestar de los individuos y su logro de las potencialidades de desarrollo; es por ello, que el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud ha promovido, revisado y priorizado estrategias e intervenciones nutricionales en el marco de las funciones y responsabilidad de proveer información sobre el estado nutricional en el país. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009)

En los últimos 25 años en el Perú se han producido algunas mejoras relacionadas con la desnutrición crónica, sin embargo, aún se reporta cifras altas de desnutrición sobre todo en las zonas más pobres del país. La prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años disminuyó de 33%, en el año 1992, a 29%, en el 2000. (Tazza R, Bullon L, 2006). Cabe precisar que dichos indicadores tomaron como referencia los estándares del Centro Nacional para las Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos (NCHS). Según la ENDES (2007), la desnutrición crónica a nivel nacional fue 22.6% y si consideramos el ENDES 2009 vemos que la desnutrición crónica es 18.3%.

A nivel del departamento de Cajamarca se tiene un índice de 27.8 % y en la provincia de San Marcos 40.9%, así mismo el distrito Gregorio Pita al 2012 se tiene un índice de 35.4 % de desnutrición crónica. (Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2012). Tanto a nivel nacional como en Cajamarca, la desnutrición es una de las diez primeras causas de mortalidad en menores de 5 años.

La desnutrición crónica infantil representa en Cajamarca uno de los problemas sociales más graves, que se inicia antes de cumplir los 2 años de edad y se expresa posteriormente en retardo en el crecimiento y desarrollo de los niños, con daños irreversibles que afectan su capacidad física e intelectual. (Políticas Regionales en Salud 2004-2010. Gobierno Regional de Cajamarca), disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su País. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad. (UNICEF, 2011)

Así, la desnutrición infantil tiene un efecto social inmediato, elevando las posibilidades de enfermedad y muerte de los niños, además afecta la acumulación de capital humano. Es por ello que nuestro país viene implementando programas que tienen como objetivo superar dicho problema. En este sentido se viene implementando a partir del 2008 el Presupuesto por Resultados con la finalidad de incrementar la cobertura de bienes y servicios.

Uno de estos programas presupuestales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

Dentro del PAN, se han asignado recursos de manera prioritaria a la entrega de dos productos: mayor cobertura y calidad de los Controles de Crecimiento y Desarrollo del niño (CRED), así como mejorar la oferta y distribución de las vacunas básicas y la inclusión de dos nuevas vacunas contra el neumococo (causante de la neumonía) contra el rotavirus (uno de los causantes de la diarrea).

En el ámbito en estudio el PAN viene implementándose desde el año 2008 a través del puesto de salud quien realiza las siguientes actividades: Control de crecimiento y desarrollo, administración de micronutrientes, administración de vacunas, estimulación temprana, despistaje de anemia y parasitosis, sesiones demostrativas brinda servicios educativos, informativos y de comunicación dirigidos a las familias, colegios y comunidad en general con la finalidad de promover hábitos de salud y nutrición saludables.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **Problema Central:**

**P1.-** ¿Cuál es el impacto del Programa Articulado Nutricional en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en el Distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012?

### **Problemas Específicos:**

**P1.-** ¿Las actividades del PAN contribuyen a la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita - San Marcos en el año 2008-2012?

**P2.-** ¿Qué cambios en las actitudes y prácticas ha promovido el Programa Articulado Nutricional en las familias con niños menores de 5 años?

### **1.3. Hipótesis de investigación**

El programa articulado tiene un impacto positivo en la disminución de la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito de Gregorio Pita – San Marcos 2008-2012.

### **1.4. Objetivo**

#### **1.4.1. Objetivos General.**

Determinar el impacto del Programa Articulado Nutricional en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores d 5 años del Distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012.

#### **1.4.2. Objetivos específicos:**

1. Analizar las actividades del PAN y su contribución a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita - San Marcos, en el año 2008-2012.
2. Describir los cambios en las actitudes y prácticas saludables de las familias beneficiarias del PAN.

### **1.5. Justificación de la Investigación.**

Durante la infancia se produce el mayor desarrollo y crecimiento de la vida de una persona. Es por ello que es la etapa en la que más se necesitan de nutrientes para poder desarrollarse en forma adecuada, de lo contrario se iniciará la desnutrición crónica infantil afectando su desarrollo cerebral y limitando al individuo a lo largo de su vida. La desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual, así como también influye sobre los patrones de comportamiento durante la

adultez. Los niños que sufren de desnutrición crónica tienen una menor capacidad de aprendizaje, por lo que su rendimiento escolar disminuye, reduciendo así el retorno de la inversión educativa. En la adultez reduce la productividad y por lo tanto los ingresos económicos.

Nuestro país aún presenta tasas elevadas de desnutrición crónica sobre todo en zonas rurales tal es así que Cajamarca en el año 2007 reporta un 46,6% de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, la Provincia de San Marcos un 53,6% y el Distrito en estudio Gregorio Pita un 57,7% de desnutrición crónica infantil.

Frente a dicho problema el estado a través del Ministerio de Economía y Finanzas, desde el año 2007, viene impulsando como una de las principales reformas, la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR); a través del cual busca articular los recursos del presupuesto, las acciones de las entidades y los productos que se proveen, con los resultados priorizados que se desean lograr a favor de la población. Dentro de los programas de presupuesto por resultados se encuentra El Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a la protección de la infancia y reducir la desnutrición crónica infantil.

En este sentido se plantea la investigación con el propósito de conocer el impacto del Programa Articulado Nutricional en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en el Distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012 y así proponer medidas que contribuyan a mejorar la efectividad del programa.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

Viera, R (2012) en su investigación “La alimentación saludable como pilar fundamental del desarrollo y el bienestar – Análisis de los Programas Sociales de alimentación y nutrición del Estado Ecuatoriano y la forma en que abordan el problema de la desnutrición en el Ecuador”. Concluye que en lo que respecta a la población objetivo de los Programas Sociales de Alimentación y Nutrición del Estado, se hace evidente que la población más vulnerable se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, los escolares atendidos por el Ministerio de Educación tienen edades que sobrepasan los criterios técnicos asociados a los grupos óptimos de atención para alimentación y nutrición los cuales sugieren priorizar a los niños menores de 5 años, con especial énfasis en los menores de 2 años. Con respecto a la asignación presupuestaria se hace evidente que del total de recursos invertidos la población objetivo más prioritaria como son las mujeres embarazadas y los niños menores a 5 años reciben la menor proporción del presupuesto. Los problemas asociados a la ejecución de los Programas Sociales de Alimentación y Nutrición del Estado Ecuatoriano no son exclusivos en el País, sino que tienden a repetirse a lo largo de la región. los Programas Sociales de Alimentación y Nutrición del Estado deben re direccionar sus esfuerzos hacia los menores de 5 años y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social ejercer un rol de articulación efectiva que permita que estos programas se complementen y centren sus esfuerzos en la utilización de los alimentos según las necesidades nutricionales de cada persona.

Alcázar, L (2004) en su investigación ¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Concluye que entre las posibles causas de por qué los programas alimentarios no logran los efectos esperados, hay problemas relacionados con el diseño mismo de los programas y con su implementación, dado que lo que se transfiere a los beneficiarios es muy poco, no es posible lograr efectos significativos en términos de valor ni de contenido nutricional. Por ejemplo, el Vaso de Leche, transfiere alrededor de 6 soles mensuales por beneficiario y los productos no cubren ni 15% de sus requerimientos nutricionales. Existen múltiples programas con objetivos y poblaciones meta superpuestos, lo que limita su eficiencia y efectividad.

Los programas tienen problemas de diseño que se resumen principalmente en que confunden objetivos nutricionales con objetivos de alivio de la pobreza, de seguridad alimentaria e incluso de fomento de la producción local, los programas adolecen de falta de articulación con los componentes de salud y educación, así como de falta de capacitación de las familias beneficiarias. Hay un cierto consenso en cuanto a que el gasto asignado a los programas alimentarios no llega como debiera a las áreas o beneficiarios más necesitados, y a que hay espacios para mejorar los criterios de focalización. Los programas aplican principalmente un criterio de focalización geográfica en combinación con diferentes métodos para determinar la focalización individual.

En el manejo de los programas hay ineficiencias asociadas a las compras de alimentos y a otros aspectos como falta de información y supervisión. Esto se traduce en fugas en la transferencia de recursos y determina que una importante parte de los recursos se pierda en el camino; es decir, que no llegue a los

beneficiarios. Finalmente, uno de los problemas más importantes es que el monitoreo y la evaluación del programa son muy limitados.

El MEF (2009) a través del proyecto SWAP Juntos, en los departamentos de Ayacucho y Junín obtuvo los siguientes resultados: La desnutrición crónica en niños menores de cinco años declinaría sustancialmente si los servicios CRED lograran ampliar su cobertura y mejorar su atención, para convertir los 13 controles del primer año (2 del recién nacido y 11 mensuales) en una oportunidad para reforzar conocimientos y promover habilidades en la adopción de comportamientos saludables. Además, se encontró que las barreras geográficas, culturales, económicas e institucionales limitan el acceso de la población indígena al servicio CRED y al SIS. Existe una clara relación entre que a mayor población quechua las tasas de desnutrición crónica son elevadas.

Monín, (2008-2010). Monitoreo Nacional de Indicadores nutricionales, llegó a concluir que: a nivel nacional la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue 17,9%, anemia en niños de 6 a 35 meses 43.6%, la proporción de alimentación complementaria en niños menores de 36 meses es 22.2%, niños entre 6 a 35 meses que reciben suplementos de hierro 3.8%, enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 3 años 29.2%, infecciones respiratorias agudas 9.1%, control de crecimiento y desarrollo de 18,2% y el 44.0% cumple con el paquete de vacunas básico.

Reyes, J y Gallegos, J. (2012) en su estudio Desnutrición Infantil: Concluyeron que los factores de riesgo para la desnutrición infantil siguen siendo los mismos en una población que pertenece a programas de ayuda para el desarrollo social, con acciones para mejorar las condiciones de salud, educación y nutrición, por lo

que es preocupante que aún con las acciones preventivas y correctivas, los factores de riesgo no se hayan reducido o erradicado.

Cruzado, V. (2012) en su estudio “Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años”. Llegó a concluir que: Las metodologías implementadas encuentran impacto significativo del PAN en la reducción de la desnutrición infantil, en Apurímac de 3.5 puntos, en Ayacucho el impacto del PAN es de 1.5 y en Huánuco 2 puntos porcentuales menos en la tasa de desnutrición.

Arámbulo, C. (2012) en su investigación “Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012” concluye que existe una correspondencia entre una mayor asignación de recursos públicos destinados al Programa Articulado Nutricional y su impacto en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú. Las cifras oficiales de la ENDES señalan que la desnutrición crónica infantil en el país entre el 2007 y el 2012 se ha reducido significativamente crónica infantil entre el 2007 y el 2012 (9.1 puntos porcentuales). Con la implementación del Programa Articulado Nutricional se da una importante reducción de la brecha urbano – rural, pues tanto en la sierra rural como en la selva rural el ritmo de reducción de la desnutrición ha sido de 13.4 puntos porcentuales y 13.6 puntos porcentuales, respectivamente.

Jaillita, S. (2012) en su investigación “Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas” concluyó que el Programa Articulado Nutricional logró reducir la desnutrición crónica infantil en el país a

pesar de la desarticulación que existió entre los sectores involucrados, la relación entre Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y desnutrición crónica infantil es negativa y la relación entre vacunas completas del niño y desnutrición crónica es negativa. Los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) fueron más significativos para el periodo de estudio que el producto vacunas completas.

Maqui, J.(2015) en su estudio “El programa social Qaliwarma y su incidencia en combatir la desnutrición infantil y mejorar el aprendizaje de los niños en el distrito Guadalupito, Provincia de Virú, Región la Libertad en el periodo 2012-2014” concluye que el programa de alimentación escolar Qaliwarma ha contribuido a mejorar los hábitos de alimentación en los usuarios, ya que a través de capacitaciones los padres conocen el nivel proteico de los alimentos y el desempeño que estos cumplen en el desarrollo de sus hijos; además el Programa Qaliwarma ha contribuido positivamente en combatir la desnutrición infantil al aportar los componentes nutricionales conforme a la edad de sus beneficiarios y a través de esto mejora el proceso de aprendizaje.

Tello, G. (2012) En su investigación “Influencia de los Programas Sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San Pablo- Cajamarca 2012” llegó a concluir que: el estado nutricional de niños y niñas de 12 a 36 meses de edad del Distrito de San Pablo fue de 53% con desnutrición crónica infantil, seguido de un 31.3% con estado nutricional normal y un 14,8% con desnutrición global, así mismo de los niños y niñas de 12 a 36 meses que se beneficiaron de un programa social(11,3%) el 5,2 % tiene un estado nutricional normal y 5,2% desnutrición crónica; de aquellos que recibieron dos programas sociales(27,8%) el mayor porcentaje se encontró con desnutrición crónica (19,1%). Los niños que

se benefician de los programas sociales en su mayoría presentan desnutrición crónica: programa vaso de leche (25,2%), programa integral de nutrición (53%) y programa juntos (32,2%). No se encontró relación significativa de los programas sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses de edad.

## **2.2 Antecedentes históricos**

### **Programas Sociales**

Son un conjunto de proyectos responsables de establecer prioridades intervención, ya que permiten identificar y organizar los proyectos, definir el marco institucional y asignar los recursos. Los programas se traducen en beneficios para determinadas poblaciones con diagnóstico determinado. Estos han cambiado a través del tiempo mejorándose en varios aspectos en función a las nuevas dimensiones y necesidades.

En el Perú, una rama de las políticas públicas se concentra en la inclusión social y la reducción de la pobreza. Muestra de ello, fue la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en el año 2011. El eje de este ministerio gira alrededor de la coordinación y articulación de las políticas y programas sociales de todos los niveles del gobierno. La elaboración de estas políticas parte del supuesto acerca de la existencia de dos grupos importantes: i) la población socialmente excluida ii) la población en situación de pobreza; ambos conforman el público objetivo al que se dirigen las acciones del gobierno. Sin embargo, es muy difícil conocer a fondo la situación de cada uno de los individuos que conforman estos grupos; por lo que, el proceso de identificación y focalización del público objetivo constituye uno de los pilares que determinan el éxito o fracaso de una política social. En este contexto, cabe resaltar que la condición de pobreza

suele ser la variable que determina si un individuo pertenece o no al público objetivo de una determinada política o programa social. Por lo tanto, la medición de la pobreza constituye un factor determinante para lograr los objetivos sociales que el gobierno se plantea en sus tres niveles. En ese sentido, en el Perú, el enfoque común que se aborda para realizar esta medición es el de pobreza monetaria, el cual solo considera el gasto de los hogares como determinante de la pobreza. En el Perú, al año 2012, si una persona tiene una capacidad de gasto individual mensual menor a S/282 entonces es pobre. Debido a las omisiones y deficiencias que presenta esta visión, se han elaborado distintas formas de medir la pobreza, entre las cuales destaca el enfoque multidimensional.

En los últimos años, Perú se encuentra entre las economías de más rápido crecimiento, lo que ha permitido aumentar la inversión pública de manera significativa; sin embargo, el reto sigue siendo generar crecimiento con inclusión social (Quijano, A. 2012)

### **Programa de apoyo directo a los más pobres – JUNTOS.**

El Programa Nacional de Apoyo Directo es un programa de Transferencias Monetarias Condicionadas, que fue creado en el año 2005 y está presente en 15 departamentos del país. Tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, mediante la entrega de incentivos monetarios para el uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de esos derechos básicos. JUNTOS ofrece transferencia de incentivo monetario (TIM) de S/. 200.00 bimestrales a hogares en situación de pobreza con gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años o terminen la secundaria (lo que ocurra antes) prioritariamente de las

zonas rurales, bajo la condición de cumplimiento de compromisos adquiridos, en las áreas de salud-nutrición y educación; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad de las familias usuarias. El Distrito de Gregorio Pita cuenta con 845 beneficiarios.

### **Programa Nacional Cuna Más.**

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) es un programa que promueve el desarrollo infantil temprano en zonas pobres que fue creado en el año 2012, es cogestionado con la comunidad y está presente en 23 departamentos del país.

El Programa CUNA MÁS tiene como finalidad contribuir a (i) Niñas y niños con competencias básicas al concluir el segundo ciclo de la Educación Básica Regular. (ii) Mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses de edad en condición de pobreza y pobreza extrema para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. En el distrito de Gregorio Pita se viene implementando el programa a partir de enero del 2014.

### **Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma.**

Fue creado en el año 2012 como un servicio de acceso universal y es cogestionado con la participación de la comunidad. El Programa Qali Warma tiene como objetivo específico mejorar la ingesta de alimentos de los niños y niñas a partir de los 3 años de edad en los niveles de educación inicial y primaria, que asisten a instituciones educativas públicas, facilitando sus condiciones para el aprendizaje. Brinda un servicio alimentario de a través de la provisión de desayunos y almuerzos saludables y adecuados a los hábitos de consumo locales en las instituciones educativas públicas durante todos los días del año escolar.

## **2.3 Bases Teóricas**

### **El Desarrollo Humano**

La idea de que el crecimiento económico siempre se traduce en progreso humano supone la difusión generalizada del “derrame” de sus beneficios entre toda la población y la consecuente generación de un mayor bienestar social. Basándose en este supuesto se establecieron diversas estrategias cuyo objetivo era mejorar la utilización de esa mayor cuantía de recursos promoviendo una serie de medidas dirigidas a variados aspectos, entre los cuales se distinguen la creación de mayores y mejores oportunidades de empleo, la distribución más equitativa del ingreso y la satisfacción de necesidades básicas. Sin embargo, los resultados de esas estrategias evidenciaron la necesidad de poner un mayor énfasis en el bienestar de la población, planteándose un marco amplio e integrado de desarrollo a largo plazo centrado en la gente, que armonizara lo económico y lo social. En ese marco se ubica el paradigma del desarrollo humano basado en el proceso de expansión de las capacidades de la gente y visto como factor clave del crecimiento económico a largo plazo mediante la acumulación de capital humano, fundamentalmente a través de la inversión en salud, educación, nutrición, investigación y desarrollo y planificación familiar.

En el Informe de Desarrollo Humano de 1990 del PNUD se describe el desarrollo humano sostenible como “el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas, brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, empleo e ingreso, y abarcando el espectro total de las opciones humanas, desde un entorno favorable hasta libertades políticas y económicas”.

En el análisis de este concepto pueden distinguirse tres aspectos. El primero de ellos, el que más se destaca como objetivo del desarrollo humano, se refiere a la ampliación de las opciones de que dispone la gente y estas opciones representan estados valiosos que la persona puede elegir y alcanzar. En esta concepción el desarrollo implica un mayor bienestar de la población, no sólo por una mayor opulencia sino por una vida más rica en términos de un rango más amplio –tanto en cantidad como en calidad– de cosas que la persona puede hacer o ser, entre las cuales tiene la libertad y la facultad de elegir. Significa mayores oportunidades de realización personal, de lograr la aspiración de tener una determinada clase de vida. El segundo aspecto se refiere a las oportunidades que debe tener la persona para poder elegir y ejercer sus opciones. En el ámbito del desarrollo humano, la ampliación de la gama de opciones de la gente requiere que se produzca un aumento constante en la cantidad y calidad de las oportunidades y que los beneficios de este proceso irradian a toda la sociedad; es decir, que se dé un acceso equitativo a tales oportunidades. Se trata de un proceso centrado en la mejora sustancial del bienestar de toda la población, donde se reducen las brechas en las oportunidades y por ende se logran avances importantes en la disminución de las desigualdades sociales. Esa mejora del bienestar de la población debe lograrse para la generación actual sin comprometer el bienestar de las generaciones futuras, condición que define la sostenibilidad del desarrollo humano.

Existe una amplia variedad de oportunidades y opciones para las personas, su valor en función del desarrollo humano depende del contexto, y varían en el tiempo y con las culturas. El concepto comprende las oportunidades fundamentales de educación, atención médica, empleo e ingreso, relacionadas con opciones esenciales para cualquier persona: poseer una vida larga y saludable,

adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos para alcanzar un nivel de vida decente.

El tercer aspecto da una idea de la amplitud del concepto: el espectro total de las opciones humanas. Se propone una visión globalizante e integradora de las distintas dimensiones del desarrollo económico y social. En ese rango, que va desde un entorno favorable hasta libertades políticas, están incluidas opciones valiosas para una vida mejor; es el caso de las relativas a la potenciación de la gente, la satisfacción de las necesidades básicas, la seguridad social, la seguridad humana y los derechos humanos.

El desarrollo humano requiere de la formación de las capacidades humanas para el aprovechamiento pleno y cabal de las oportunidades y opciones que se aspira genere este proceso. La capacidad consiste en “la habilidad de una persona para hacer actos valiosos o alcanzar estados para ser valiosos” (Sen, 1996, p. 54). En este sentido se relaciona con la ventaja que tiene la persona para realizarse, de acuerdo con las oportunidades que se le presentan. El aumento de las capacidades humanas es el factor generador de la dinámica principal del desarrollo humano: capacidades-oportunidades-opciones, de allí que éste pueda verse como “un proceso de realce de la capacidad humana para ampliar las opciones y oportunidades, de manera que cada persona pueda vivir una vida de respeto y valor” (PNUD-IDH, 2000).

**Amartya Sen. (2000). Desarrollo Humano: Postulados Principales y Articulación con las Teorías del Desarrollo.** En el concepto central de desarrollo, una de las características sociales más importantes es la inclusión social. En el sentido contrario al de inclusión, en la exclusión se comprende el no

acceso efectivo a servicios y bienes estrictamente relacionados con la supervivencia, tal el caso de alimentación, salud, vivienda, educación, empleo y actividad productiva. Otros aspectos incluyen la participación política y la organización. Un rasgo que puede evidenciar el grado de exclusión social es la pobreza vista como necesidades básicas insatisfechas. En todo caso, el desarrollo humano constituye un tema convergente y multidisciplinario. Es resultado de la interacción de muchos factores y condicionantes económicas y sociales. El desarrollo y la inclusión social, están relacionados en lo fundamental, con la participación activa, efectiva, plena, libre de los individuos, grupos sociales y comunidades. Esta participación le confiere poder a los grupos muchas veces divididos en función de la distribución geográfica para la toma de decisiones, y consecuentemente para la utilización correspondiente del poder en función de sus necesidades, recursos y aspiraciones. En este sentido se incluye una condicionante: la ciudadanía. La misma se entiende como el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos, sociales, en colectividad. La propia ciudadanía, como un sentido de pertenencia social es un rasgo del desarrollo. En este contexto se determinarían las derivaciones políticas de participación activa de sujetos y grupos, además de conferirle un oportuno sentido de intermediación social a las organizaciones políticas y la revocabilidad de mandatos. Estos rasgos son más factibles de generar y fortalecer a nivel del desarrollo local, más complicado en términos de lo nacional y con escasas repercusiones en términos de lo mundial o global. Se trata de que el concepto básico en lo social y político, apoye y se corresponda con los fundamentos del Desarrollo en su integridad, en función de la economía, la satisfacción de necesidades genuinas, el uso sostenido de recursos naturales renovables y la apropiada utilización de la tecnología, respetando en ello

la cultura y los derechos humanos. En términos de lo económico, la inclusión social está relacionada con la capacidad de las personas en cuanto a tener la oportunidad concreta para insertarse de una manera efectiva en los sistemas de producción, distribución y consumo. Todo ello, a fin de proveer los satisfactores para las personas, familias y grupos sociales. Estos elementos mencionados en términos de lo social, lo político, lo cultural, ecológico y económico, requieren de un contexto de institucionalidad que favorezca la integración social de los diferentes grupos de la sociedad. Este rasgo contrasta muchas veces con el que corresponde a las realidades de grupos marginales en naciones latinoamericanas. Hasta este punto de consideraciones, puede establecerse que las articulaciones entre las grandes teorías de desarrollo y el paradigma o concepto general central que se establece principalmente por parte de Naciones Unidas, incluirían al menos cuatro elementos: (i) el paradigma es más enfocado a la situación subsistémica de los países, a lo interno o doméstico de los mismos; (ii) las grandes teorías se refieren muchas veces a los nexos sistémicos, esto es entre naciones, en particular la teoría de dependencia, sistemas mundiales y últimamente la teoría de la globalización; (iii) el paradigma de naciones unidas permite concretar indicadores y medidas de gobierno, en el ámbito de las aplicaciones macroeconómicas, y medidas locales; (iv) las grandes teorías se concentran en componentes explicativos, cuya utilidad puede ser muy valiosa en la concepción de los proyectos de nación que se deseen establecer, y en condicionantes de relaciones exteriores enriquece la perspectiva conceptual, metodológica y operativa del término. No sólo en los aspectos culturales, sociales, políticos, económicos y ecológicos que se han mencionado, sino también en los rasgos transversales relativos a la equidad de género, sustentabilidad y gobernabilidad. De

conformidad con los aportes de Fernando Calderón y Luís Vargas, dos científicos sociales que han desarrollado importantes conceptos en el tema de Desarrollo Humano en Latinoamérica, se reconoce que entre los rasgos esenciales del desarrollo se tienen:

- **Potenciación:** una característica que básicamente enfatiza el aumento de la capacidad de las personas, es decir de un aumento de las opciones y, con ello, una mayor libertad. Pero la gente puede ejercer pocas opciones si no está protegida contra el hambre, la necesidad y la privación. Este sentido de la potenciación entraña una connotación adicional: que en el curso de su vida cotidiana, la gente pueda participar en la adopción de decisiones que afecten sus vidas. Se trata de que las personas tengan vidas prolongadas, creativas y sanas, en un contexto de libertad.
- **Cooperación:** los seres humanos sobreviven en una compleja red de estructuras sociales, que va de la familia al Estado, de los grupos locales de autoayuda a las empresas multinacionales. Este sentido de pertenencia es una fuente importante de bienestar; proporciona sentido, una percepción de tener significado en las vidas. El desarrollo humano entraña necesariamente una preocupación por la cultura –la forma en que las personas deciden vivir juntas– porque es la sensación de cohesión social basada en la cultura y en valores y creencias compartidos lo que plasma el desarrollo humano individual. Si la gente vive junta, si coopera de manera de enriquecerse recíprocamente, amplía sus opciones individuales.
- **Equidad:** Se suele pensar en la equidad en relación con la riqueza o los ingresos. Pero en el enfoque de desarrollo humano se adopta una posición mucho más amplia, procurando la equidad en la capacidad básica y las oportunidades. Según este criterio, todos deben tener la oportunidad de educarse, por ejemplo, o de vivir una vida larga y saludable. La promoción de la equidad requiere muchas veces, que se distribuyan los recursos de manera desigual. Los

pobres, por ejemplo, pueden necesitar más ayuda estatal que los ricos. Alguna gente, como los enfermos o los discapacitados, pueden requerir más recursos que otros para mantenerse en el mismo nivel de capacidad; la equidad se caracterizaría por ser el trato justo de las diferencias. • Sustentabilidad: el desarrollo humano sostenible satisface las necesidades de la generación actual sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus necesidades. Por consiguiente, entraña consideraciones de equidad intergeneracional. Pero lo que se necesita transmitir no es tanto la existencia de una determinada riqueza productiva, como el potencial para lograr un nivel particular de desarrollo humano. • Seguridad: millones de habitantes de países en desarrollo viven al borde del desastre. Incluso en los países industrializados, la gente está expuesta constantemente a riesgos debido a la delincuencia, la violencia o el desempleo. Durante mucho tiempo, la idea de la seguridad se ha relacionado con la seguridad policial. Sin embargo, una de las necesidades más básicas es la seguridad de poder ganarse el sustento. A lo anterior debe agregarse que las personas desean estar libres de amenazas, tales como represión o enfermedad. La seguridad es un componente que debe estar incluido dentro del concepto de desarrollo humano.

### **Desarrollo humano y Pobreza**

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2002). La noción de desarrollo fue una de las claves para la reconstrucción del orden internacional después de la segunda guerra mundial. Para ese entonces prevalecía una visión del desarrollo como un proceso estrechamente asociado al crecimiento económico. Se asumía que los beneficios que derivaban del crecimiento de la producción se “derramarían” a toda la población y elevarían su nivel de bienestar. Por otra parte, se concebía que la acumulación de capital físico era un factor determinante de ese

crecimiento. No obstante, se agudizaron los problemas sociales, particularmente la pobreza y la desigualdad. La idea de que el desarrollo basado en el crecimiento solucionaría los problemas sociales fue cuestionada. Ello dio lugar, en los años setenta, a nuevas propuestas enmarcadas en una estrategia de promoción del bienestar humano, que prestaban especial atención a la distribución del ingreso. A finales de los setenta se plantearon reformulaciones que enfatizaron la definición del desarrollo como desarrollo del hombre y que rechazaron la idea de la primacía del crecimiento económico.

En los años ochenta la crisis de la deuda y la recesión global condujeron a la implantación de programas de estabilización y ajuste estructural. Las prioridades eran metas macroeconómicas, el logro de la estabilidad a largo plazo y el crecimiento económico; las propuestas acerca de un desarrollo centrado en el ser humano pasaron a un segundo plano. Este enfoque ocasionó muchas protestas de diversas instituciones y organizaciones, entre ellas la del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 1987) que publicó el libro *Ajuste con rostro humano*, donde se sugería, entre otras cosas, que se mantuvieran los servicios básicos mínimos, especialmente para los más vulnerables, y se distribuyera la carga del ajuste de forma más equitativa. Así mismo, como principio básico se señalaba que las preocupaciones por los seres humanos debían incorporarse en un marco nuevo e integrado de desarrollo a largo plazo.

En 1990 se publicó el primer Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Allí se presentó una nueva visión del desarrollo, el Desarrollo Humano, que va mucho más allá del ingreso y el crecimiento económico, para abarcar las potencialidades y capacidades de la población. Una nueva visión centrada en la gente, en el mejoramiento de su

calidad de vida y en su participación, tanto en el ámbito productivo como en la promoción de su propio bienestar. Se trata de una visión multidimensional del desarrollo, en la cual se armonizan e integran las dimensiones económicas y sociales relevantes.

El objetivo básico del desarrollo humano consiste en ampliar las oportunidades y opciones de la gente para lograr un desarrollo más democrático y participativo. La formación de la capacidad humana es el soporte a partir del cual las personas pueden tener acceso a esas oportunidades y opciones y ser actores de su propio desarrollo. El desarrollo humano es el resultado de un proceso complejo que incorpora factores sociales, económicos, demográficos, políticos, ambientales y culturales, en el cual participan de manera activa y comprometida los diferentes actores sociales. Es el producto de voluntades y corresponsabilidades sociales (OCEI/PNUD, 1998).

Desde esta perspectiva, la pobreza aparece como la ausencia, la denegación del desarrollo humano. Por consiguiente, su causalidad y los rasgos principales de su caracterización se encuentran íntimamente relacionados con la carencia de oportunidades y opciones esenciales en la vida de una persona y con fallas en las capacidades básicas. Allí se ubican la carencia de recursos, la insatisfacción de necesidades básicas y la escasa participación de los pobres vinculada con la ausencia de voz, poder y representación.

A los fines de la medición del desarrollo humano y de la pobreza se utilizan el índice de desarrollo humano y el índice de pobreza humana, respectivamente. El primero mide los avances, los logros medios con respecto a las dimensiones básicas del desarrollo humano; por el contrario, el índice de pobreza humana mide

la privación en relación con esas mismas dimensiones. Son dos maneras diferentes de evaluar el desarrollo. Una, “la perspectiva conglomerativa”, se concentra en los avances de todos los grupos de la población, desde los ricos hasta los pobres; se trata de ver los adelantos con respecto al máximo alcanzable. La otra, “la perspectiva de la privación”, se dirige a la forma en que viven los grupos más desfavorecidos de la población, los pobres y las personas privadas de recursos. La evaluación de los progresos registrados en el desarrollo humano considera ambas perspectivas; evalúa los logros medios, los progresos de los grupos más desamparados y la variación de las desigualdades entre los grupos sociales.

En este Informe se conceptualiza la pobreza desde el enfoque de la pobreza humana, centrándose su operacionalización en lo que la gente puede o no hacer más que en lo que puede o no tener. A partir de la información que aporta la Encuesta Social de 1998, se propone una caracterización de la pobreza en términos de la privación con respecto a un conjunto de dimensiones relevantes para el desarrollo humano, entendidas como fallas en las capacidades básicas, las cuales se relacionan con las condiciones de vida y el acceso a servicios y programas sociales. Si bien algunas de las variables utilizadas –como analfabetismo y acceso a los servicios de salud y agua potable– forman parte del índice de pobreza humana, se trata de analizar un conjunto más amplio de variables, consideradas como posiblemente asociadas a la condición de pobreza tanto por ingreso como por necesidades básicas insatisfechas.

Son innegables los aportes que ofrecen las distintas definiciones con relación al conocimiento de la pobreza y la explicación de las diferencias sociales. En este sentido, vale recordar la definición de pobreza propuesta por la CEPAL en su estudio sobre la pobreza en América Latina en los años setenta: “Síndrome

situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de las del resto de la sociedad”. Esta definición contiene, probablemente, la lista más completa hasta ahora de características de la pobreza.

En nuestro país la pobreza al año 2011 afectó al 27,8% de la población, es decir, 28 personas de cada 100 tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos. Entre los años 2010 y 2011 la incidencia de la pobreza disminuyó en 3,0 puntos porcentuales y en el período 2007-2011, decreció en 14,6 puntos porcentuales, al pasar de 42,4% a 27,8%. Al analizar la incidencia de la pobreza por área de residencia, se observa que esta ha afectado de manera diferenciada. Así, mientras en el área urbana la pobreza incidió en el 18,0% de su población, en el caso de los residentes del área rural la pobreza afectó al 56,1%, siendo 3,1 veces más que en el área urbana. Entre los años 2010 y 2011, la pobreza disminuyó en 4,9 puntos porcentuales en el área rural del país y en 2,0 puntos porcentuales en el área urbana. En el período 2007-2011, la pobreza en el área rural se redujo en 17,9 puntos porcentuales y en el área urbana en 12,1 puntos porcentuales. (INEI,2011), Datos similares reporta según ENAHO-2008 para el departamento de Cajamarca cuya población es de 1`425,077 habitantes y el % de pobreza, es de 53.4%.

En el año 2016, el 20,7% (6 millones 518 mil) de la población del país se encontraba en condición de pobreza, registrando una disminución de 1,1 puntos porcentuales, respecto al 2015, es decir, 264 mil personas dejaron esta condición. La incidencia de la pobreza en el área rural alcanzó al 43,8% de la población reduciéndose en 1,4 puntos porcentuales respecto al año 2015; mientras que en el área urbana afectó al 13,9% de la población al disminuir en 0,6 puntos porcentuales en comparación con el año anterior. En cinco ámbitos geográficos se registraron las mayores reducciones del índice de pobreza. En el año 2016, los mayores niveles de pobreza se registraron en la Sierra rural (47,8%), en la Selva rural (39,3%) y en la Costa rural (28,9%). No obstante, las mayores reducciones de la pobreza se presentaron en la Costa urbana (2,4 puntos porcentuales), Selva rural (1,8 puntos porcentuales), Costa rural (1,7 puntos porcentuales), Sierra rural (1,2 puntos porcentuales) y Selva urbana (1,1 puntos porcentuales); en cambio, en la Sierra urbana y Lima Metropolitana las cifras no mostraron cambios significativos.

En el año 2016, se registró seis grupos de departamentos con niveles de pobreza estadísticamente semejantes. Los departamentos con mayor incidencia de pobreza monetaria en el Perú fueron Cajamarca y Huancavelica cuya pobreza fluctuó entre 43,8% y 50,9%. Cabe mencionar que en los últimos 5 años, la pobreza extrema disminuyó en 2,5 puntos porcentuales, lo que significó que 693 mil personas dejaron tal condición y en los últimos 10 años (2007-2016) disminuyó en 10,0 puntos porcentuales, es decir, 2 millones 688 mil personas dejaron de ser pobres extremos. En el año 2016, la mayor incidencia de pobreza extrema se registró en el departamento de Cajamarca siendo dos veces mayor a la pobreza extrema registrada en los departamentos de Amazonas, Ayacucho, Huancavelica,

Huánuco, Loreto, Pasco y Puno; así como cinco veces mayor al promedio nacional (3,8%).

### **Desnutrición crónica infantil**

La desnutrición crónica es una enfermedad provocada por el insuficiente aporte de calorías y proteínas que, si no se trata a tiempo, puede ocasionar discapacidad mental y física, vulnerabilidad frente a diversas enfermedades y, posiblemente, la muerte. La relevancia de este indicador, como precisa e INEI, radica en que revela la existencia de problemas socioeconómicos, nutricionales y de salud de fondo. También incide en los problemas de desarrollo de la niñez, por su estrecha relación con problemas de aprendizaje, deserción escolar y, a la larga, déficit en la productividad de la persona adulta. (INEI, 2009).

UNICEF, (2006) la cataloga como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona. La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes.

Se reconocen tres tipos de desnutrición: a) Aguda, que se manifiesta en una deficiencia de peso por altura (P/A), se presenta con una delgadez extrema producto de la pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad, se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo; b) crónica,

se manifiesta en un retardo de altura por edad (A/E), suele estar asociada al déficit calórico proteico, pero existen otras patologías en las que hay déficit de otro tipo de nutrientes. El déficit en la dieta de micronutrientes (hierro, vitamina a, vitamina b, zinc y yodo) constituye una forma “escondida” de desnutrición y representa un grave problema para la salud pública. c) global, se manifiesta por deficiencia de peso por edad, es decir la combinatoria de las dos primeras ( $P/A \times A/E = P/E$ ) y se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. (Infobarómetro de la primera infancia, 2012)

En nuestro país ENDES 2007 reporta que a nivel nacional la desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanza un 22,6%, en el Departamento de Cajamarca 46.6 %, en la provincia de San Marcos 53.6%, y el Distrito en estudio Gregorio Pita el 57.7%. Si comparamos con los datos reportados al año 2012 (34.2 %) la desnutrición crónica infantil en el departamento de Cajamarca ha disminuido en 12.4 puntos porcentuales (INEI,2011-2012)

### **Modelo explicativo para la desnutrición crónica**

Existen una serie de factores que, a nivel agregado, podrían estar asociados causalmente con la desnutrición crónica, cuya causa primaria es la insuficiente ingesta de nutrientes. Dichos factores podrían agruparse en, al menos cinco categorías. (Martínez, Fernández, 2006): factores medioambientales, socioeconómico culturales, político institucionales, productivos y biomédicos.

Los primeros incluyen a los fenómenos naturales tales como las inundaciones, sequías, heladas, terremotos, etc. y factores “entrópicos” o producidos por la acción humana, como la contaminación ambiental. Estos factores pueden afectar temporal o definitivamente la posibilidad de producir alimentos o de generar

ingresos a las familias que los sufren. Pero incluso si estos factores no se encuentran presentes o su influencia es moderada, la producción de alimentos o la generación de ingresos puede ser suficiente a nivel agregado, pero insuficiente a nivel individual. Los factores socio económico culturales, entonces, pueden determinar la asignación de los ingresos y de los activos productivos (capital físico y humano).

Los factores productivos incluyen las “características de los procesos productivos”, el “nivel de aprovechamiento que éstos hagan de los recursos naturales” y “el grado en que dichos procesos mitigan o aumentan los riesgos medioambientales”. (Martínez y Fernández, 2006)

Finalmente, los factores biomédicos incluyen elementos que pueden afectar la propensión individual a adquirir desnutrición. Entre ellos se encuentran el estado nutricional materno (sobre todo durante la gestación y los primeros meses de vida del niño), la duración de la lactancia materna (un menor periodo de lactancia tiende a aumentar la probabilidad de desnutrición infantil), el sexo y la edad del niño, etc. (Schultz, 1984).

Adicionalmente, se utiliza la educación formal materna, medida en años de escolarización completa; la educación formal del esposo/pareja, medida también en años de escolarización completa y un conjunto de variables dicotómicas que recogen la situación laboral de la madre. Concretamente, si la madre posee un empleo calificado o un empleo no calificado, siendo la no inserción en el mercado laboral el grupo de referencia. Es esperable que las variables educativas también tengan una influencia negativa sobre la desnutrición crónica y sobre los resultados de salud en general. (Paraje, G. 2008).

Martínez, F. (2006) Manifiesta que la desnutrición crónica (retardo de crecimiento) tiende a aumentar con la edad durante los primeros meses de vida y con la alimentación materna, los niños suelen poseer una ingesta adecuada de nutrientes (siempre y cuando la madre tenga un estado nutricional adecuado), pero a medida que pasa el tiempo y con la necesidad de suplementar dicha alimentación con alimentos sólidos, aumenta la incidencia de la desnutrición. Dicha incidencia sigue un patrón no lineal de crecimiento y esto intenta capturarse elevando al cuadrado la edad del niño. El orden de nacimiento también puede relacionarse con desnutrición crónica. Conforme éste aumenta, se incrementa la probabilidad de que el niño sea desnutrido. Finalmente, el peso al nacer tiene una fuerte vinculación con la morbilidad en los primeros meses de vida, con su capacidad de absorber adecuadamente los nutrientes que se le brindan y en general, con su desarrollo futuro.

### **Efectos de la desnutrición.**

#### **Sobre el nivel de salud.**

Específicamente en el campo de la salud, la desnutrición altera el sistema inmunológico, afectando los mecanismos de defensa, en especial la inmunidad celular, lo que favorece infecciones más frecuentes, prolongadas y graves. Asimismo, las infecciones contribuyen a agravar aún más el estado nutricional del niño, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper que empeora con el tiempo. Adicionalmente, un niño desnutrido tiene un escaso desarrollo muscular y se encuentra ante un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas en la edad adulta. Lo más grave es que los efectos nocivos de una nutrición insuficiente no son del todo reversibles. Tal vez se pueda recuperar peso y talla, pero la

maduración del sistema nervioso, y por tanto del cerebro, ya no se recupera, por lo que ciertos daños son permanentes. (Dosamantes & Reyes. G, 1997)

### **Sobre el nivel de educación**

Glewwe, J. & King (2000). En lo referente al campo de la educación, en su estudio indican que un niño bien nutrido tendrá un desempeño significativamente mejor en el colegio, en parte porque entra al colegio a edad más temprana y por lo tanto tiene más tiempo para aprender, pero sobretodo porque posee una productividad por año de estudio muy superior.

UNICEF, (1998). “Estado Mundial de la Infancia”. Refiere que la desnutrición es una de las causas de la disminución de la capacidad productiva, ésta mina el crecimiento económico y la eficacia de las inversiones en planes de salud y educación, además de agudizar el estado de pobreza. En muchos países, la pobreza y la desnutrición están estrechamente relacionadas dado que la definición de la línea de pobreza recae usualmente en el gasto necesario para obtener una canasta de nutrientes o comida mínima (además de algunos pocos elementos no alimenticios) y de ser ésta insuficiente, perjudica el nivel nutricional.

La desnutrición se convierte en una enfermedad que interfiere y obstaculiza la vida y las oportunidades de quienes se subalimentan. En este sentido, la desnutrición es una enfermedad que afecta no sólo al que la padece, sino que además tiene consecuencias directas en la sociedad, ocasionando un círculo vicioso de pobreza-desnutrición-pobreza difícil de romper. (Dosamantes y Reyes. G, 1997)

## **Pobreza y Desnutrición Infantil**

La pobreza y la desnutrición son dos problemas centrales en el Perú. No son, sin duda, problemas recientes, y aunque en el caso de la desnutrición infantil, las cifras muestran que hubo una reducción no dejan de ser problemas apremiantes. Tener niños desnutridos no es otra cosa sino un retardo del crecimiento prácticamente irrecuperable lo cual trae gravísimas consecuencias para el futuro del país. Centenares de estudios a nivel mundial, muestran que los problemas de desnutrición infantil tienen severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando su capacidad de aprendizaje, generando problemas de salud infantil y agravando los riesgos de enfermar y morir de manera permanente a lo largo de toda su vida. Pero, además, afecta la acumulación de capital humano, que se ha demostrado como una de las vías principales para lograr que países como el nuestro pueda salir del atraso y el subdesarrollo, y que las familias en situación de pobreza puedan superar esa condición.

Estando la prioridad de la desnutrición claramente establecida, nuestro país ha acumulado ya algunas décadas de experiencia en programas orientados a superar este problema. Sin embargo, los logros no abundan. Uno de los problemas principales en este terreno, ha sido creer que la pobreza y la desnutrición no son dos problemas sino uno solo, que pobreza y desnutrición son sólo dos caras de la misma medalla. Esta errada concepción considera que la desnutrición se debe exclusivamente a una mala alimentación, y que si la gente come mal es sólo porque no tiene dinero para conseguir los alimentos necesarios. Hoy no cabe duda de que la desnutrición y la pobreza están relacionadas, pero no son lo mismo y cómo la desnutrición tiene diversas causas, algunas de ellas distintas a la pobreza. Entre el ingreso del hogar y la nutrición del niño, está la decisión de la familia de

cuánto destinar a alimentos para sus hijos, de qué alimentos comprar, de con qué frecuencia y de qué forma dar de comer a sus hijos, de con cuánta higiene preparar la comida, de cómo prevenir y cuidar las enfermedades y además están las otras causas y factores de enfermedades que tienen influencia decisiva sobre la nutrición, frente a las cuales es fundamental la acción del estado y la sociedad en aspectos como la salud pública, el saneamiento y la educación. Entender que la desnutrición tiene un complejo entramado de causas y factores asociados, y que la falta de ingresos o acceso a alimentos no es la principal, tiene tres implicancias centrales para las políticas públicas. La primera, es que el combate a la desnutrición, siendo parte de la lucha contra la pobreza y por el desarrollo humano, requiere una política específica. No puede simplemente diluirse como un subproducto que se obtendría automáticamente de la lucha contra la pobreza, sino más bien debe entenderse como un objetivo en sí mismo que, por cierto, representa un importante aporte a la superación de la pobreza. La segunda es que esta política específica debe comprender como elementos centrales la información y la educación para las madres y padres de familia, respecto de las prácticas adecuadas para la nutrición de sus hijos, así como la vinculación con el sistema de salud para prevenir riesgos y atender adecuadamente los problemas de salud de los niños. El tercero es que un programa de reparto de alimentos o de promoción de estrategias generadoras de ingresos, que no considere estos elementos, no contribuye sustancialmente a superar la desnutrición infantil. Este es el mayor pecado de los programas alimentarios en el Perú: muy a menudo se limitan a repartir alimentos y consideran muy débilmente las actividades de educación y salud. (PRISMA, 2002).

## **2.4. El Estado frente a la desnutrición**

### **Políticas sociales.**

Las políticas sociales están muy relacionadas con los valores. La existencia misma de la política social supone una preocupación general por la situación de cada uno de los integrantes de la sociedad, lo que implica a su vez una base común de cierta generosidad y altruismo. (Béjar, H. 2011)

Las políticas sociales incluyen servicios básicos como la educación, la salud, la administración de justicia, los programas alimentarios, el apoyo productivo a la población pobre, la formación de capital social (capacidades de la población como conjunto para enfrentar constructiva y colectivamente sus problemas), e incluso aspectos culturales.

Los principales programas de lucha contra la pobreza que se han desarrollado son: Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – PRONAA (MIMDES) que tiene a sus cargo los siguientes subprogramas: Programa de Comedores Populares, transferido a las municipalidades provinciales; Programa Integral Nutricional Escolar, antes Programa de Desayunos Escolares; y otros programas de menor alcance en términos de cobertura y recursos, como el Programa Integral de Nutrición Infantil (PIN, antes PACFO y PANFAR). Programa del Vaso de Leche, que es administrado por los gobiernos locales (municipios distritales y provinciales) y que se financia con transferencias directas del Ministerio de Economía y Finanzas - MEF.

El gobierno ha colocado el problema nutricional entre sus primeras prioridades en materia de políticas sociales. En efecto, el Plan Nacional Concertado de Salud, publicado en 2007, tiene como tercer objetivo sanitario nacional para el periodo

2007-2020: Reducir la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años, especialmente en las regiones con mayor pobreza. Minsa, (2007). Para ello ha diseñado la Estrategia CRECER, que engloba una serie de programas sociales multisectoriales y articula a las distintas instituciones encargadas de ejecutarlos. La Estrategia Nacional CRECER se creó, en julio de 2007 por un decreto supremo, como una estrategia coordinada para la reducción de la pobreza que articula a todas las entidades públicas de los gobiernos nacional, regionales y locales, el sector privado, la cooperación internacional, y la sociedad civil en general, con la finalidad de promover, facilitar y cumplir las metas de reducción de la pobreza y desarrollo humano. Algunas de las características más saltantes de CRECER representaban un cambio radical en la estrategia política del gobierno para combatir la desnutrición: Ir más allá de la distribución de alimentos. El gobierno no podía abandonar completamente programas de nutrición de alimentos que se consideraban en gran medida ineficientes y clientelistas (como el Vaso de Leche), pero adoptó medidas decisivas destinadas a incluir un grupo de intervenciones políticas más amplias que comprendían mayor capacitación, mejores prácticas de cocina, mejores hábitos de higiene, acceso a agua segura, y uso de transferencias condicionadas de efectivo para apoyar la reducción de la desnutrición. El financiamiento de la estrategia de nutrición del gobierno está preparado en su totalidad con el Presupuesto por Resultados (PPR). Esta estrategia permite a las entidades públicas diseñar, formular y ejecutar políticas de acuerdo a los resultados esperados dando, al mismo tiempo, al MEF la capacidad de vigilar el uso de las asignaciones presupuestarias. El PPR ayuda a orientar el gasto del gobierno y, al mismo tiempo, mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en torno a las intervenciones políticas. (CARE, 2011).

Como parte de CRECER se cuenta con el Programa Articulado Nutricional (PAN), el cual enmarca a los principales actores nutricionales a través de una gestión por resultados.

### **El Programa Articulado de Nutrición (PAN)**

Programa Articulado Nutricional del Presupuesto por Resultados tiene como objetivo central disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, para lo cual prioriza y articula un conjunto de intervenciones de carácter intersectorial e intergubernamental buscando generar sinergias entre ellas en función de este resultado común. El Programa está diseñado bajo un esquema de Modelo Lógico, es decir, estableciendo, en base a análisis y evidencias, las principales causas que tengan repercusión directa e indirecta en la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en el país. El Modelo Lógico nos servirá para explicar la relación entre los recursos asignados, las intervenciones públicas (el funcionamiento de los servicios públicos) y los resultados esperados en la mejora de las capacidades nutricionales de los niños menores de 5 años. Es decir, para evaluar de mejor manera la eficacia del Programa.

Las principales intervenciones contenidas en este Programa Estratégico son las siguientes:

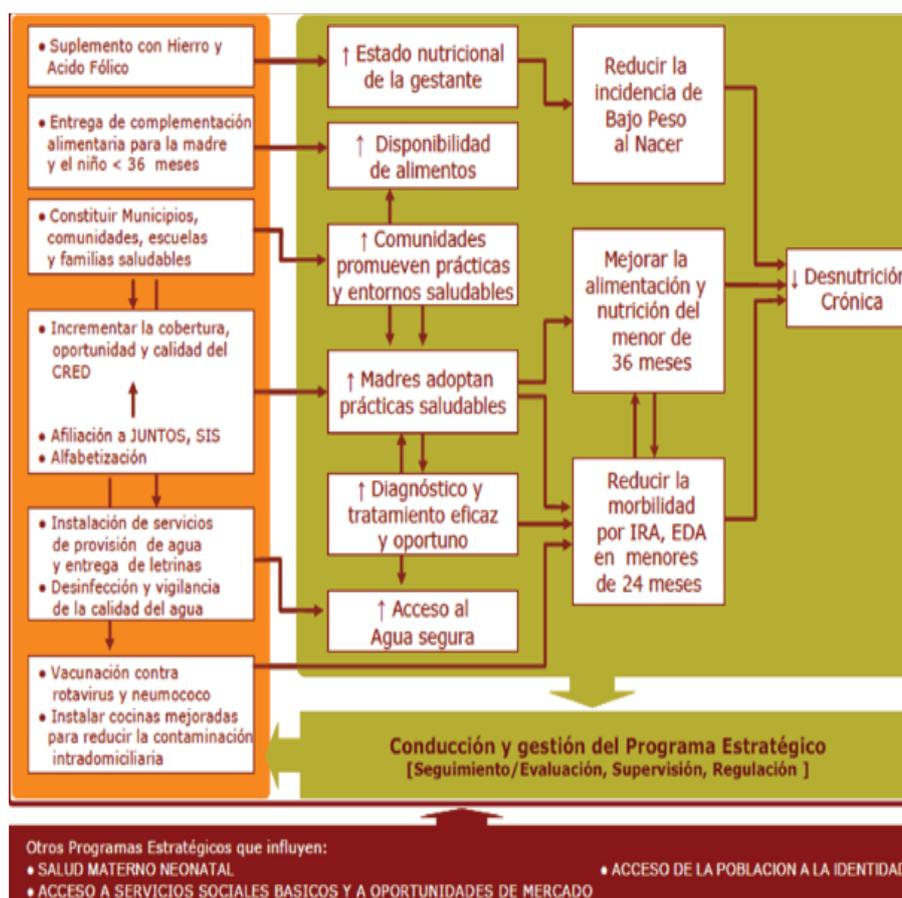
- Mejora de la capacidad operativa (recursos humanos, insumos, medicamentos y equipamiento) para atender las diarreas e infecciones respiratorias de los niños.
- Aumento en la asignación al SIS, para cubrir el subsidio para los niños no cubiertos.
- Aumento en la asignación a Juntos, para brindar incentivos a las familias no cubiertas.

- Implementación de servicios educativos, informativos y de comunicación (prevención y promoción) dirigidos a familias, colegios y comunidades, para mejorar las prácticas de higiene en la preparación de alimentos; a través de la constitución de municipios, comunidades, escuelas y familias saludables.
- Capacitación a madres de familia (consejería, sesiones demostrativas y sesiones educativas) sobre lactancia materna exclusiva, alimentación del niño y cuidados del niño enfermo, a través del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).
- Vigilancia y garantía (clorificación) de la calidad del agua de consumo, así como del manejo seguro de los residuos sólidos.
- Desarrollo de proyectos de agua y saneamiento básico para las zonas rurales.
- Promoción de la construcción de cocinas mejoradas a través de programas educativos y la entrega de materiales, en la perspectiva de reducir la contaminación intradomiciliaria.
- Brindar complemento nutricional, en particular micronutrientes (principalmente, sulfato ferroso y vitamina A). (Mesa de concertación de lucha contra la pobreza, 2011).

En el diagrama adjunto se presenta el Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional. En el lado izquierdo se señalan las intervenciones que el Estado entrega a la población y en el lado derecho se estructuran los principales resultados.

La dirección de las flechas en el recuadro de los resultados, revela las relaciones de causalidad que sustenta el Diseño de la Estrategia; en cambio, las flechas que vinculan el recuadro izquierdo de las intervenciones, con el recuadro derecho revelan la teoría de cambio que sustenta el Diseño del Programa.

**Figura 1. Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional**



Fuente: Programa Articulado Nutricional 2008 – MIDIS Perú.

Cajamarca cuenta con un Plan Articulado Regional diseñado para reducir la DCI teniendo en consideración los primeros 5 Programas Presupuestarios Estratégicos-PPE: Articulado Nutricional, Materno-neonatal, Logros del aprendizaje, Acceso de la población a la identidad y Acceso a servicios básicos y oportunidades de mercado. El Programa articulado nutricional inicio sus actividades en el departamento de Cajamarca en el año 2008, no se cuenta con Línea de Base. La información de partida para orientar las acciones fue tomada del INEI. (Gobierno Regional de Cajamarca, 2009)

A continuación se muestra los datos de los cuales se partió al iniciar la implementación del PAN en el departamento de Cajamarca.

**Tabla1.** Indicadores de salud en Cajamarca

| <b>INDICADOR</b>   | <b>2000</b> | <b>2007</b> | <b>2009</b> |
|--|-------------|-------------|-------------|
| PREVALENCIA DE LA DESNUTRICION CRONICA EN < 5 AÑOS       | 42.8        | 37.3        | 31.9        |
| LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN < 6 MESES                 | 82.4        | 70.3        | 77.7        |
| PREVALENCIA DE ANEMIA EN < 6 MESES                       | 64.4        | 54.2        | 41.3        |
| INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER                         | 15.2        | 8.4         | 8.9         |
| INCIDENCIA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN < 36 MESES | 23.8        | 21.7        | 19.1        |
| INCIDENCIA DE EDA EN < 36 MESES                          | 29.1        | 21.8        | 16.0        |

Fuente: INEI

## **2.5. Definición de Términos Básicos.**

### **Nutrición Infantil.**

Administración de alimentos variados en cantidad, calidad, consistencia y frecuencia adecuada a la edad de niño para que crezca y se desarrolle adecuadamente.

### **Crecimiento.**

Incremento de masa de un ser vivo producido por el aumento del número y tamaño de células. Se expresa en el aumento del tamaño de los órganos del cuerpo.

### **Desarrollo.**

Proceso por el cual el ser humano logra mayor capacidad funcional de sus sistemas. Se expresa en la adquisición de independencia.

### **Desarrollo Cerebral**

La primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida. Es de suma importancia una adecuada nutrición y estimulación durante los

5 primeros años de edad, ya que de esto depende el buen desarrollo físico, social y emocional del niño.

### **Atención integral del niño**

Conjunto de acciones orientadas a la atención en nutrición, salud, higiene y estimulación psico-afectiva en niños menores de 5 años para que su crecimiento y desarrollo sea óptimo.

### **Déficit de talla para la edad.**

Talla del niño se encuentra por debajo de los estándares establecidos para su edad.

### **Déficit de peso para la edad**

Peso esperado o ideal del niño para una edad determinada por debajo de los valores normales.

### **Impacto.**

El impacto se refiere a los efectos a mediano y largo plazo que tiene un proyecto o programa para la población objetivo y para el entorno, sean estos efectos deseados o no deseados.

### **Política Social.**

Se ocupa de detectar los problemas sociales para buscar los recursos y medios técnicos que les den solución, a través de lineamientos estratégicos, de planificación y legales, pues su objetivo es el bienestar general de la población.

### **Programa social.**

Los programas sociales son acciones concretas cuya finalidad es la contribución directa sobre la calidad y modo de vida de la población.

## CAPÍTULO III

### DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

#### 3.1. Definición operacional de variables.

| PROBLEMA  | OBJETIVO   | HIPÓTESIS  | VARIABLES  | INDICADORES  |
|---|--|--|--|--|
| <p><b>Problema Central:</b></p> <p><b>P1.-</b> ¿Cuál es el impacto del Programa Articulado Nutricional en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en el Distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p><b>P1.-</b> ¿Las actividades del PAN contribuyen a la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita - San Marcos en el año 2008-2012?</p> <p><b>P2.-</b> ¿Qué cambios en las actitudes y prácticas ha promovido el Programa Articulado Nutricional en las familias con niños menores de 5 años?</p> | <p><b>Objetivo General.</b><br/>Determinar el impacto del Programa Articulado Nutricional en relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores d 5 años del Distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>O1. Analizar las actividades del PAN y su contribución a la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita - San Marcos, en el año 2008-2012.</p> <p>O2. Describir los cambios en las actitudes y prácticas saludables de las familias beneficiarias del PAN.</p> | <p><b>Hipótesis de investigación</b><br/>El programa articulado tiene un impacto positivo en la disminución de la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito de Gregorio Pita – San Marcos 2008-2012.</p> | <p>Desnutrición crónica infantil.</p> <p>Programa Articulado Nutricional</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niño y/o niña:</li> <li>- Eutrófico</li> <li>- Desnutrido crónico</li> <li>- Desnutrido agudo</li> <li>- Desnutrido Global</li> <li>- Lactancia materna exclusiva</li> <li>- Incidencia de bajo peso al nacer</li> <li>- Incidencia de infecciones respiratorias agudas.</li> <li>- Incidencia de infecciones diarreicas agudas.</li> <li>- Niños y niñas menores de 5 años que reciben CRED completo.</li> </ul> |

### 3.2. Unidad de Análisis, Universo y Muestra.

El presente estudio tiene como unidad de análisis la familia con niños menores de 5 años, beneficiarios del Programa Articulado Nutricional beneficiaria del Distrito de Gregorio Pita- San Marcos.

#### Universo.

El universo de la investigación está constituido por 2265 familias con niños menores de 5 años atendidos con el Programa Articulado Nutricional.

#### Muestra

El tamaño de la muestra es de 317 familias con niños menores de 5 años; el cual ha sido determinado utilizando la fórmula matemática siguiente.

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z=Nivel de confianza (95%)

P= Probabilidad de éxito (50%)

Q= Probabilidad de fracaso (50%)

E= Nivel de precisión (0.05%)

N= Población

#### Selección de muestra

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.6) (0.4) 2265}{(0.05)^2 (2265-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{2088}{6.58}$$

$$n = 317$$

### 3.3. Tipo y diseño de Investigación

**Descriptivo.** Permitió explicar las intervenciones del Programa Articulado Nutricional, identificar características, formas de conducta y actitudes del universo de investigación. Nos permitió establecer la asociación entre el PAN y la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años.

**Diseño de la investigación.** En la presente investigación se ha usado el diseño no experimental de tipo contemporáneo/transversal con la finalidad de conocer el impacto del programa articulado nutricional en relación a la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años del Distrito de Gregorio Pita, San marcos.

### 3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

**Encuestas.** Se aplicó a través de un cuestionario a los responsables del cuidado del niño y/o niña menor de 5 años. A través de este medio se obtuvo información sobre características sociodemográficas de las familias, estado nutricional de niños y prácticas en su cuidado desde la implementación del programa.

**Entrevistas.** Se aplicó a personal de salud, a través de un guion. Con este medio se recogió las percepciones sobre hábitos saludables en las familias con niños menores de 5 años.

**Revisión Documental:** Revisión de reportes de la Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA), del estado nutricional de los niños menores de 5 años en el

distrito de Gregorio Pita, San Marcos en los periodos comprendidos entre el 2008 y el 2012. Así como otros documentos referidos a programas y proyectos que tienen como objetivo contribuir con a la disminución de la desnutrición crónica infantil.

### **3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos**

Para el procesamiento de datos cuantitativos, se usó el software, programa informático SPSS (Programa Estadístico aplicado a las Ciencias Sociales).

El análisis de los datos cuantitativos se basa en técnicas dispuestas por la estadística descriptiva, de modo que se utilizó algunas medidas de tendencia central como promedios, porcentajes, etc.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Características sociodemográficas de las familias con niños y niñas menores de 5 años.

**TABLA 2.** Madres de niños menores de 5 años según grado de instrucción. Gregorio Pita- San Marcos, 2008-2012.

| Grado de Instrucción  | Madres de niños menores de 5 años |               |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------|
|                       | Nº                                | %             |
| Primaria Incompleta   | 143                               | 45.11         |
| Primaria Completa     | 112                               | 35.33         |
| Secundaria Incompleta | 31                                | 9.78          |
| Secundaria Completa   | 23                                | 7.26          |
| Sin Estudios          | 8                                 | 2.52          |
| <b>Total</b>          | <b>317</b>                        | <b>100.00</b> |

La tabla 2 muestra que el mayor porcentaje de madres de niños menores de 5 años tiene como grado de instrucción primaria incompleta (45%), seguido del 35% primaria completa, 10% secundaria incompleta y tal sólo un 7,2% secundaria completa. Estos resultados comparados con el índice de desnutrición en el Distrito de Gregorio Pita, Provincia de San Marcos (32%) nos demuestran que a menor nivel educativo de la madre la desnutrición crónica se incrementa, sin embargo el cuadro también muestra que el 53% de madres tienen una educación entre primaria completa y secundaria completa lo cual nos indica que a mayor nivel educativo mejores cuidados al niños y esto se ve reflejado en el 56% de niños menores de 5 años con estado nutricional normal, pues es la madre es quien asume un rol fundamental en la vida del niño quien depende de ésta directamente desde su nacimiento por lo tanto el nivel y la calidad de conocimiento que tenga la madre con respecto a cuidado del niño es de suma importancia.

**TABLA 3.** Madres de niños menores de 5 años según ocupación. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Ocupación         | Madres de niños menores de 5 años |               |
|-------------------|-----------------------------------|---------------|
|                   | Nº                                | %             |
| Cuidado del Hogar | 305                               | 96.21         |
| Agrícola          | 12                                | 3.79          |
| <b>Total</b>      | <b>317</b>                        | <b>100.00</b> |

La tabla 3 muestra que el mayor porcentaje de madres (96%) tiene una ocupación de cuidado del hogar, esto se encuentra asociado al bajo nivel educativo de las madres, el cual no permite que la mujer tenga otro tipo de ocupación. Así mismo nos indica que es la mujer quien tiene mayor responsabilidad en el cuidado del niño, pues el varón sale a trabajar.

**TABLA 4.** Familia de niños menores de 5 años según ingreso económico mensual. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Ingreso Económico Mensual | Familias de niños menores de 5 años |               |
|---------------------------|-------------------------------------|---------------|
|                           | Nº                                  | %             |
| Menos de 200              | 124                                 | 39.12         |
| De 200 a 400              | 174                                 | 54.89         |
| De 401 a 600              | 19                                  | 5.99          |
| De 601 a 800              | 0                                   | 0.00          |
| De 801 a 1000             | 0                                   | 0.00          |
| Más de 1000               | 0                                   | 0.00          |
| <b>Total</b>              | <b>317</b>                          | <b>100.00</b> |

La tabla anterior muestra que del total de madres encuestadas el 54,89% tiene un ingreso económico que oscila entre 200 a 400 nuevos soles mensuales, y un 39%, menos de 200 nuevos soles mensuales, ingresos provenientes del trabajo en la agricultura de sus esposos y del incentivo monetario recibió del programa juntos. Los ingresos económicos se encuentran relacionados con debilidades en la

provisión de alimentos, vestido, vivienda y cuidados al niño y niña menor de 5 años. Lo cual aún se ve reflejado en los altos índices de desnutrición crónica infantil.

**TABLA 5.** Familias con niños menores de 5 años según tipo de abastecimiento de agua. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Tipo de abastecimiento de Agua | Familias de niños menores de 5 años |               |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
|                                | Nº                                  | %             |
| Agua Potable                   | 305                                 | 96.21         |
| Agua Entubada                  | 0                                   | 0.00          |
| Poso                           | 12                                  | 3.79          |
| Otros                          | 0                                   | 0.00          |
| <b>Total</b>                   | <b>317</b>                          | <b>100.00</b> |

De 317 familias de niños menores de 5 años el 96% cuenta con el servicio de agua potable. Resultados similares a los de la ENDES 2010 quien reporta que, a nivel nacional, nueve de cada diez hogares (91,5 por ciento) tienen acceso a agua segura, proporción que es mayor en el área urbana (95,9 %).

**TABLA 6.** Familias con niños menores de 5 años según eliminación de excretas. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Eliminación de Excretas | Familias de menores de 5 años |               |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|
|                         | Nº                            | %             |
| Letrina                 | 286                           | 90.22         |
| Pozo Ciego              | 31                            | 9.78          |
| Desagüe                 | 0                             | 0.00          |
| Campo Abierto           | 0                             | 0.00          |
| Otros                   | 0                             | 0.00          |
| <b>Total</b>            | <b>317</b>                    | <b>100.00</b> |

El mayor porcentaje de familias con niños menores de 5 años cuenta con letrina (90%), y el 10% pozo ciego para la eliminación de excretas.

Resultados similares reporta La ENDES Continua 2010 revela que a nivel nacional el 85,3 por ciento de los hogares cuentan con saneamiento básico, destacando el incremento de 3,5 puntos porcentuales, en comparación con los resultados de la ENDES 2007 que fue 81,8%. A nivel de departamentos refleja que nueve departamentos se encuentran por encima del promedio nacional dentro de los cuales se encuentra Cajamarca con un 85,7%.

**TABLA 7.** Familias con niños menores de 5 años que cuentan con cocina mejorada. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Cuenta con cocina Mejorada | Familias de niños menores de 5 años |               |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------|
|                            | Nº                                  | %             |
| Si                         | 203                                 | 64.04         |
| No                         | 114                                 | 35.96         |
| <b>Total</b>               | <b>314</b>                          | <b>100.00</b> |

Del total de familias de niños menores de 5 años el 64% cuenta con cocina mejorada, lo cual contribuye a conservar la salud familiar. El uso de cocina de la cocina mejorada tiene múltiples beneficios como: disminución de problemas respiratorios y oculares evitando que los miembros de la familia se expongan la contaminación con humos tóxicos, ceniza y hollín que las cocinas tradicionales generan, promueve prácticas saludables como el orden y la higiene, así como también ayudan a reducir el mal uso del combustible leña mejora la economía familiar por el uso racional de leña, Reduce el tiempo de cocción de los alimentos,

mayor comodidad al momento de preparar los alimentos y conserva mayor tiempo la comida caliente.

**TABLA 8.** Familias con niños menores de 5 años afiliados al SIS. Gregorio Pita - San Marcos, 2008.2012

| El niño cuenta con SIS | Niños menores de 5 años |               |
|------------------------|-------------------------|---------------|
|                        | Nº                      | %             |
| Sí                     | 302                     | 95.27         |
| No                     | 15                      | 4.73          |
| <b>Total</b>           | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

Del total de niños menores de 5 años el 95% cuenta con seguro integral de salud y sólo un 5 % no se encuentra afiliado. Según el censo 2007 la población asegurada en Cajamarca es de 44.3%, cifra ligeramente superior a la cifra nacional (42,3%).

**TABLA 9.** Familias con niños menores de 5 años beneficiarias del Programa Juntos. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Afiliación al Programa Juntos | Familias de niños menores de 5 años |               |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|
|                               | Nº                                  | %             |
| Si                            | 305                                 | 96.21         |
| No                            | 12                                  | 3.79          |
| <b>Total</b>                  | <b>317</b>                          | <b>100.00</b> |

El mayor porcentaje de familia de niños menores de 5 años (96%) se encuentran afiliadas al Programa Juntos, programa que tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, mediante la entrega de incentivos monetarios para el uso de servicios de salud – nutrición y educación.

## 4.2- Prácticas relacionadas a la salud de las familias con niños menores de 5 años

### 4.2.1 En madres Gestantes.

**TABLA 10.** Madres de niños menores de 5 años según controles prenatales. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012

| Controles Prenatales | Madres de niños menores de 5 años |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|
|                      | Nº                                | %             |
| Completos            | 305                               | 96.21         |
| Incompletos          | 12                                | 3.79          |
| Sin controles        | 0                                 | 0.00          |
| <b>Total</b>         | <b>317</b>                        | <b>100.00</b> |

La tabla anterior muestra que del total de madres el 96% tuvo controles prenatales completos durante su embarazo. De lo cual, podemos mencionar que acudir al control prenatal es de suma importancia para tener un bebe saludable ya que en el control prenatal se realizan un conjunto de actividades como: consejerías nutricionales, evaluación psicológica, odontológica, despistaje de anemia, administración de vacunas, suplementación con micronutrientes para evitar anemia, preparación de parto y puerperio. Dichas actividades se encuentran orientadas a disminuir el riesgo de enfermedad o mortalidad de la gestante y el feto, además de garantizar un buen peso y talla al nacer.

**TABLA 11.** Madres de niños menores de 5 años según suplementación con hierro en su embarazo. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012

| Consumo de Hierro durante el embarazo | Madres de niños menores de 5 años |               |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|                                       | Nº                                | %             |
| Si                                    | 297                               | 93.69         |
| No                                    | 20                                | 6.31          |
| <b>Total</b>                          | <b>317</b>                        | <b>100.00</b> |

Se observa que el 93.69 % consumió suplemento de hierro durante el embarazo, lo cual se encuentra asociado a los índices de control prenatal (96%) ya que si acude a su control prenatal la gestante recibe suplementación con micronutrientes y orientación sobre la importancia de su consumo. Esto beneficia grandemente a la gestante y al niño pues disminuye el riesgo de anemia y aumenta las posibilidades de tener un niño saludable que tenga la oportunidad de desarrollar todas sus capacidades.

**TABLA 12.** Madres de niños menores de 5 años que recibieron canasta de alimentos PIN. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Recibió canasta PIN | Madres y padres de niños menores de 5 años |               |
|---------------------|--|---------------|
|                     | Nº   | %             |
| Si                  | 248  | 78.23         |
| No                  | 69   | 21.77         |
| <b>Total</b>        | <b>317</b>                                 | <b>100.00</b> |

Del total madres gestantes el 78,23% recibió la canasta del programa integral de nutrición programa que tenía como objetivo contribuir a la prevención de la

desnutrición crónica y anemia en los niños y niñas menores de 3 años, con un enfoque holístico y de desarrollo social; el programa entregaba a alimentos como: menestra, arroz, aceite, enlatados de pescado y papillas fortificadas a las gestantes y niños menores de 3 años con finalidad de mejorar su estado nutricional aumentando así la disponibilidad de sus alimentos y así disminuir el riesgo de desnutrición. Sin embargo, dicho programa en la actualidad no se encuentra vigente debido de los resultados encontrados en la evaluación hecha por Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) a través del Presupuesto Público Evaluado 2008, quien en su informe final menciona que el programa estaría enfrentando problemas de baja cobertura y alta filtración. Así como entrega incompleta de las raciones y/o canastas, es decir, con un contenido menor (expresado en gramos) al previsto en el diseño. (Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, 2008).

**TABLA 13.** Madres de niños menores de 5 años, según lugar de parto Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Lugar del parto            | Madres de niños menores de 5 años |               |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------|
|                            | Nº                                | %             |
| Centro y/o puesto de salud | 312                               | 98.42         |
| Domicilio                  | 5                                 | 1.58          |
| <b>Total</b>               | <b>317</b>                        | <b>100.00</b> |

La tabla anterior muestra que, el 98.4% de madres de niños menores de 5 años tuvo parto institucional. Se denomina parto institucional a aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado de salud; en el cual hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

#### 4.2.2. Prácticas de Salud en niños menores de 5 años.

**TABLA 14.** Niños menores de 5 años según grupo de edad. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Grupo de edad de los Niños | Niños menores de 5 años |               |
|----------------------------|-------------------------|---------------|
|                            | Nº                      | %             |
| Menos de 6 meses           | 40                      | 12.62         |
| 6 a 8 meses                | 54                      | 17.03         |
| 9 a 11 meses               | 65                      | 20.50         |
| 12 a 24 meses              | 69                      | 21.77         |
| 25 a 36 meses              | 30                      | 9.46          |
| 37 a 60 meses              | 59                      | 18.61         |
| <b>Total</b>               | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

Según la investigación tenemos que el mayor número de niños (21,77%) se ubica en el grupo de 12 a 24 meses seguidamente de 9 a 11 meses (20,5%). La etapa de 9 a 24 meses en la cual se encuentran el mayor número de nuestros niños es una etapa muy vulnerable a que se instale la desnutrición crónica infantil debido a que la leche materna es insuficiente para nutrir al niño, por lo tanto, necesita una buena nutrición teniendo en cuenta la calidad, cantidad, frecuencia y consistencia de los alimentos.

**TABLA 15.** Niños menores de 5 años según estado nutricional Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Estado Nutricional   | Niños menores de 5 años |               |
|----------------------|-------------------------|---------------|
|                      | Nº                      | %             |
| Normal               | 178                     | 56.15         |
| Desnutrición aguda   | 37                      | 11.67         |
| Desnutrición Crónica | 102                     | 32.18         |
| Desnutrición global  | 0                       | 0.00          |
| No sabe              | 3                       | 0.95          |
| <b>Total</b>         | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

La tabla anterior muestra que del total de niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita el 56% tiene estado nutricional normal, el 32% desnutrición crónica y el 11% desnutrición aguda. Así mismo si comparamos con los datos de la ENDES 2009 quien reporta un 47.9% podemos decir que la desnutrición crónica ha disminuido en 15.72 puntos porcentuales en un periodo de 4 años, dicha disminución se encuentra ligada al conjunto de actividades preventivo promocionales enmarcadas en el Programa Articulado Nutricional.

**TABLA 16.** Niños menores de 5 años según peso al nacer. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Peso al Nacer     | Niños menores de 5 años |               |
|-------------------|-------------------------|---------------|
|                   | Nº                      | %             |
| Menos de 2.500 Kg | 12                      | 3.79          |
| 2.500 -2.800      | 35                      | 11.04         |
| 2.801-3.100 Kg    | 115                     | 36.28         |
| 3.101-3.400       | 141                     | 44.48         |
| 3.401 más         | 14                      | 4.42          |
| <b>Total</b>      | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

En la presente investigación se el 96.21% tiene un buen peso al nacer y el 3.79% de niños menores de 5 años tuvo bajo peso al nacer.

**TABLA 17.** Niños menores de 5 años según talla al nacer. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Talla al nacer | Niños menores de 5 años |             |
|----------------|-------------------------|-------------|
|                | Nº                      | %           |
| 43-45 cm       | 10                      | 3.15        |
| 45.1-47 cm     | 60                      | 18.93       |
| 47.1-49cm      | 74                      | 23.35       |
| 49.1- a mas    | 173                     | 54.57       |
| <b>Total</b>   | <b>317</b>              | <b>100%</b> |

La tabla 17 nos muestra que la mayoría de niños menores de 5 años nacieron con una talla normal (54,57%) y el 45.43% nació con bajo talla. La baja talla en el nacimiento hace referencia a que los niños ya nacen con desnutrición crónica debido a que las gestantes tuvieron un déficit de ingesta de proteínas ((productos de origen animal) en su alimentación dificultando su recuperación y desarrollo.

**TABLA 18.** Niños menores de 6 meses según tipo de alimentación. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Tipo de alimentación  | Niños menores de 6 meses |               |
|---|--------------------------|---------------|
|   | Nº                       | %             |
| No conoce   | 0                        | 0             |
| Solo leche materna  | 32                       | 87.5          |
| Leche materna y otros elementos líquidos (agüitas, sopitas, jugos ) | 8                        | 12.5          |
| Sólo otros elementos líquidos (agüitas, sopitas, jugos )            | 0                        | 0.00          |
| <b>Total</b>  | <b>40</b>                | <b>100.00</b> |

La tabla 18 muestra que del total de niños menores de 6 meses el 87.5% tiene como alimentación lactancia materna exclusiva. De lo cual podemos afirmar que la mayoría de madres brinda lactancia materna exclusiva a sus niños favoreciendo así su nutrición, y prevención de enfermedades. Pero además se encontró que el 12,5 % de las madres de niños menores de 6 meses no brindan lactancia materna exclusiva, debido a que complementan la leche materna con agüitas, caldos u otras leches. Dichas actividades se vienen realizando como parte de su cultura y pasan de generación en generación atentando contra la salud de los niños y niñas.

**TABLA 19.** Niños menores de 5 años Según CRED completo. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-20012

| CRED COMPLETO | Niños menores de 5 años |               |
|---------------|-------------------------|---------------|
|               | Nº                      | %             |
| Si            | 292                     | 92.11         |
| No            | 25                      | 7.89          |
| <b>Total</b>  | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

Del total de niños menores de 5 años el 92% tienen control de crecimiento completo de acuerdo a su edad y tan solo el 8% no tienen CRED completo.

**TABLA 20.** Niños menores de 5 años según vacunas completas. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Vacunas completas de acuerdo a su edad | Niños menores de 5 años |               |
|--|-------------------------|---------------|
|  | Nº                      | %             |
| Sí                                     | 311                     | 98.11         |
| No                                     | 6                       | 1.89          |
| <b>Total</b>                           | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

En la tabla anterior muestra que el 98% de los niños menores de 5 años tiene vacunas completas. Esto muestra relación directa con el 92% de niños que tiene

control de crecimiento y desarrollo mostrado en la tabla 19, ya que a mayor control CRED mayor cobertura de vacunas.

**TABLA 21.** Niños menores de 5 años según infección respiratoria aguda. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Episodio de IRA | Niños menores de 5 años |               |
|-----------------|-------------------------|---------------|
|                 | Nº                      | %             |
| Sí              | 45                      | 14.20         |
| No              | 272                     | 85.80         |
| <b>Total</b>    | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

La tabla 21 muestra que la mayoría de niños menores de 5 años (85.80%) de no sufre de infecciones respiratorias agudas y el 14,2 % tuvo un episodio de enfermedad respiratoria aguda. De lo cual puedo decir que dichos porcentajes están estrictamente relacionados con la cobertura de control de crecimiento y desarrollo y administración de vacunas (Neumococo).

**TABLA 22.** Niños menores de 5 años, según enfermedad diarreica aguda. Gregorio Pita - San Marcos, 2008-2012.

| Episodio de Diarrea | Niños menores de 5 años |               |
|---------------------|-------------------------|---------------|
|                     | Nº                      | %             |
| Sí                  | 34                      | 10.73         |
| No                  | 283                     | 89.27         |
| <b>Total</b>        | <b>317</b>              | <b>100.00</b> |

En la presente investigación se encontró que el 89% de niños menores de 5 años no sufre de EDA y 10.73% de niños sufrieron un episodio de enfermedad diarreica aguda dos semanas anteriores a la recolección de información. Los elevados porcentajes mostrados en las tablas se encuentran asociados al incremento de las coberturas de control de crecimiento y desarrollo y administración de vacunas

(rotavirus) sumados a medias de higiene como lavado de manos y consumo de agua segura.

#### **4.3. Resultados de entrevista realizada a personal de salud, 2008-2012.**

Al realizar la entrevista a personal de salud del distrito de Gregorio pita con la finalidad de conocer su percepción sobre la implementación del Programa Articulado nutricional y su relación con la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años se obtuvo:

1. ¿Considera Ud. que el PAN está contribuyendo a la disminución de la desnutrición crónica infantil?
  - “Es un buen programa que prioriza la desnutrición”
  - “Es importante porque nos orienta a realizar mejor las actividades y mejorar las atenciones”
  - “Es una ventaja y beneficia a los hogares ya que contribuye a la disminución de la Desnutrición crónica infantil y permite dar una atención integral al niño”.
  
2. ¿Considera Ud. que la entrega del control de crecimiento y desarrollo del niño influye favorablemente en la disminución de la desnutrición crónica infantil?
  - Sí, ya que en cada CRED permite ver cómo va el niño en su crecimiento y desarrollo y es una oportunidad para explicar a la madre sobre la importancia de la nutrición y la práctica de hábitos saludables”.
  - Gracias al PAN la atención es más personalizada, la madre comprende mejor”

3. ¿Cree Ud. que ha mejorado la cobertura de vacunas desde el inicio de implementación del PAN?
- Sí, hay más niños vacunados y esto se puede observar en la disminución de los índices de IRAS Y EDAS”.
  - “No falta vacunas, hay mayor insumo y seguimiento”.
  - “Hay menos deserción”, esto también es gracias al programa juntos.
  - “Ahora priorizamos, sino traen al niño realizamos seguimientos respectivos”
4. Ha mejorado la alimentación y nutrición del niño desde la implementación del PAN.
- “Sí ya que las madres se les enseña cómo alimentar a sus niños mediante sesiones demostrativas, sesiones educativas y consejería nutricional”
  - “Es un arduo trabajo de cambios de hábitos, sin embargo, si se puede observar algunas mejorar en la alimentación de sus niños y esto se ve reflejado en la disminución de la desnutrición crónica infantil”.
5. ¿Cree Ud. que los hogares adoptan prácticas saludables?
- “En cada visita domiciliaria hemos podido observar mejoraras en el cuidado infantil, también se ha podido evidenciar que se ha incrementado la construcción de cocinas mejoradas y mejoras en el uso y mantenimiento de letrina”.
  - “Hay más higiene, lavado de manos, más preocupación por el estado nutricional de sus hijos. Se puede decir que vamos avanzando ”

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

La desnutrición infantil es un problema de salud pública en los países en desarrollo y sobretodo en el Perú. (INEI, 2010). Influenciando directamente en la situación de bienestar de los individuos y su logro de las potencialidades de desarrollo

En los últimos 25 años en el Perú se han producido algunas mejoras relacionadas con la desnutrición crónica, sin embargo, aún se reporta cifras altas de desnutrición sobre todo en las zonas más pobres del país. La desnutrición crónica infantil representa en Cajamarca uno de los problemas sociales más graves, que se inicia antes de cumplir los 2 años de edad y se expresa posteriormente en retardo en el crecimiento y desarrollo de los niños, con daños irreversibles que afectan su capacidad física e intelectual. (Políticas Regionales en Salud 2004-2010. Gobierno Regional de Cajamarca), disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su País. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad. (UNICEF, 2011). Es por ello que nuestro país viene implementando programas que tienen como objetivo superar dicho problema. En este sentido se viene implementando a partir del 2008 el Presupuesto por Resultados con la finalidad de incrementar la cobertura de bienes y servicios. Uno de estos programas presupuestales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales

y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud. Dentro del PAN, se han asignado recursos de manera prioritaria a la entrega de dos productos: mayor cobertura y calidad de los Controles de Crecimiento y Desarrollo del niño (CRED), así como mejorar la oferta y distribución de las vacunas básicas y la inclusión de dos nuevas vacunas contra el neumococo (causante de la neumonía) contra el rotavirus (uno de los causantes de la diarrea).

Analizaremos ahora los datos encontrados en el presente estudio de investigación

La tabla 2 muestra que el mayor porcentaje de madres de niños menores de 5 años tiene como grado de instrucción primaria incompleta (45%), seguido del 35% primaria completa, 10% secundaria incompleta y tal sólo un 7,2% secundaria completa. Estos resultados comparados con el índice de desnutrición en el Distrito de Gregorio Pita, Provincia de San Marcos (32%) nos demuestran que a menor nivel educativo de la madre la desnutrición crónica se incrementa. El grado de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso. El grado de instrucción de los padres y particularmente de la madre, tiene una importancia capital, no sólo para lograr mayores ingresos, sino también para usarlos adecuadamente. El nivel de educación es importante, porque los padres analfabetos con escaso conocimiento de lo que necesitan sus hijos, tienden a proporcionar alimentos inadecuados, con lo que también se favorece la desnutrición. Los niños desnutridos en su mayoría son producto de la falta de educación materna y paterna. Son el resultado del analfabetismo de los padres. En ese sentido, la educación de la madre tendría una mayor relevancia debido a que normalmente ella es la que tiene a su cargo las labores domésticas, y entre ellas,

la alimentación de los miembros del hogar, especialmente del niño menor de cinco años (Silva, J.2008)

ENDES, 2010 considera que una de las variables que influye en el nivel de desnutrición crónica de los niños es la educación de la madre, a mayor nivel educativo se observa menor porcentaje de desnutrición.

La tabla 3 muestra que el mayor porcentaje de madres (96%) tiene una ocupación de cuidado del hogar. Esta situación pone en evidencia que la madre es la responsable de la gestión del hogar, y aún no accede a oportunidades laborales o no tienen un trabajo estable, aspecto que está relacionado con bajo nivel educativo, y bajo nivel de ingreso familiar, lo que repercute en su calidad de vida. Como se observa el problema no tiene que ver tanto con la presencia o no de la madre en el hogar sino con la calidad de la alimentación que los niños reciben y esto se ve influenciado por diversos factores como el bajo nivel de conocimiento en alimentación y nutrición del niño. Los resultados tienen relación con lo manifestado por Córdova y Novoa en el año 2006 quienes señalan que la ocupación de la madre es un factor asociado a la inestabilidad del hogar, contribuyendo a la presencia de casos de desnutrición en la población infantil.

La tabla 4 muestra que del total de madres encuestadas el 54,89% tiene un ingreso económico que oscila entre 200 a 400 nuevos soles mensuales. Los resultados coinciden con lo indicado por Zúñiga, L. (2012) en su investigación quién encontró asociación entre la desnutrición y una serie de variables socio-económicas propios de la familia. Así mismo Cabeñas, I.(2009) en su estudio Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño menor de 5 años en el Barrio Aranjuez

de Trujillo, afirma que el estado nutricional del niño menor de 5 años se ve significativamente influenciado por el nivel socioeconómico de la familia a la que pertenece, mientras más alto es el nivel socioeconómico mejor es el estado nutricional y a más bajo nivel socioeconómico la desnutrición es mayor. A medida que disminuye el ingreso económico aumentan los casos de desnutrición aguda y crónica. Es importante resaltar que la economía en la familia influye en el estado nutricional del niño, puesto que la nutrición depende de la cantidad y calidad de alimentos y del tipo de éstos, los niños podrían alimentarse adecuadamente y así poder mantener un estado nutricional adecuado; sin embargo, los ingresos insuficientes en el hogar no permiten adquirir los alimentos necesarios, el problema de muchos hogares pobres es que la mayor parte o totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza para cubrir la canasta básica familiar en circunstancias normales. Cuando menor es el ingreso monetario, tanto menor es el poder adquisitivo y la disponibilidad para la alimentación, tal como lo señala el marco conceptual de la desnutrición infantil de la UNICEF, (2008) lo que conlleva a un mayor riesgo de adquirir enfermedades como la mal nutrición u otras que afectan a la población infantil.

La tabla 5 muestra que del total de familias de niños menores de 5 años el 96% cuenta con el servicio de agua potable. Resultados similares a los de la ENDES 2010 quien reporta que, a nivel nacional, nueve de cada diez hogares (91,5 por ciento) tienen acceso a agua segura, proporción que es mayor en el área urbana (95,9 %).

Se entiende por agua segura al agua que proviene de la red pública y que ha recibido un tratamiento antes de beberla: cuando la hierven, la clorifican o la desinfectan. El consumo de agua segura es de suma importancia para reducir la

desnutrición crónica infantil ya que con esta se evita que los niños y niñas se enfermen con parasitosis y enfermedades diarreicas agudas.

La tabla 6 muestra que el mayor porcentaje de familias con niños menores de 5 años cuenta con letrina (90%), y el 10% pozo ciego para la eliminación de excretas. Resultados similares reporta ENDES (2010) quien revela que a nivel nacional el 85,3 por ciento de los hogares cuentan con saneamiento básico, destacando el incremento de 3,5 puntos porcentuales, en comparación con los resultados de la ENDES 2007 que fue 81,8%. A nivel de departamentos refleja que nueve departamentos se encuentran por encima del promedio nacional dentro de los cuales se encuentra Cajamarca con un 85,7%. El uso de al menos una "unidad básica de saneamiento" para la eliminación de excretas, constituyen elementos esenciales que aseguran la calidad de la salud materno infantil. Se considera que los hogares que tienen saneamiento básico cuando poseen servicio higiénico conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda, letrina ventilada, pozo séptico o pozo ciego o negro. De esta manera se contribuye a la disminución de enfermedades diarreicas agudas en niños y niñas menores de 5 años y así a la disminución de la Desnutrición Crónica Infantil

En la tabla 7 se muestra el 64% de familias con niños menores de 5 años cuenta con cocina mejorada, lo cual contribuye a conservar la salud familiar. El uso de cocina de la cocina mejorada tiene múltiples beneficios como: disminución de problemas respiratorios y oculares evitando que los miembros de la familia se expongan la contaminación con humos tóxicos, ceniza y hollín que las cocinas tradicionales generan, promueve prácticas saludables como el orden y la higiene, así como también ayudan a reducir el mal uso del combustible leña mejora la economía familiar por el uso racional de leña, Reduce el tiempo de cocción de los

alimentos, mayor comodidad al momento de preparar los alimentos y conserva mayor tiempo la comida caliente.

El incremento de construcción de cocinas mejoradas es gracias al cumplimiento de corresponsabilidades por parte de las familias beneficiarias del programa Juntos y se encuentra asociado a la disminución de infecciones respiratorias agudas en niños y niñas menores de 5 años por ende contribuye en la disminución de desnutrición crónica infantil. Sin embargo, aún hay un buen porcentaje de familias que no cuentan con cocina mejorada poniendo en riesgo su salud.

Alrededor de un tercio de la población mundial prepara sus alimentos utilizando combustibles como leña, carbón vegetal, estiércol y residuos agrícolas, exponiéndose peligrosamente al humo que producen las cocinas a fuego abierto. La Organización Mundial de la Salud (OMS,2016) señala que esta exposición puede ocasionar neumonía, enfermedades obstructivas crónicas, así como enfermedades respiratorias y pulmonares poniendo en riesgo la salud de los niños. Además, advierte, que la contaminación del aire al interior de las viviendas es la cuarta causa de morbimortalidad infantil.

En la investigación también se encontró que del total de niños menores de 5 años el 95% cuenta con seguro integral de salud y sólo un 5 % no se encuentra afiliado; las madres refirieron que se encontraba en proceso de afiliación ya que tenían problemas con su documento de identidad. La afiliación al SIS permite al niño y su familia acceder a una atención integral, oportuna y de calidad, lo cual tiene mucha relación con la disminución de la desnutrición crónica infantil. Según el censo 2007 la población asegurada en Cajamarca es de 44.3%, cifra ligeramente superior a la cifra nacional (42,3%).

El mayor porcentaje de familia de niños menores de 5 años (96%) se encuentran afiliadas al Programa Juntos, programa que tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, mediante la entrega de incentivos monetarios para el uso de servicios de salud – nutrición y educación. Según el diálogo con las madres y personal de salud en la recolección de información mencionaron que el programa favorece al incremento de atenciones de control de crecimiento y desarrollo, donde se brinda orientaciones nutricionales, favorece la cobertura de vacunas y el consumo de micronutrientes contribuyendo de esta manera a la disminución de la desnutrición crónica infantil.

La tabla 10 muestra del total de madres el 96% tuvo controles prenatales completos durante su embarazo. De lo que se puede mencionar que acudir al control prenatal es de suma importancia para tener un bebe saludable. De igual manera se menciona la importancia del CPN en el Plan Nacional para la reducción de la desnutrición Crónica Infantil y la Anemia 2014-2016 quien mencionan que el control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad perinatal; este permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto. Quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo, al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente, especialmente el control realizado en el primer trimestre con exámenes de laboratorio como el examen de orina, la hemoglobina y aquellos orientados a detectar infecciones de trasmisión sexual.

A nivel nacional la proporción de gestantes que en el último nacimiento anterior a la encuesta recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación aumentó de 71,3% en el 2007 a 75,0%, es decir, mostró un aumento de 4,3 puntos entre el 2007 al 2012. También se observó que aumentó en 5,2 puntos en el área rural y 1,7 puntos en el área urbana. (ENDES, 2007-2012).

Para el departamento de Cajamarca ENDES 2010 reporta que del total de gestantes controladas es de 78.5. Observándose un avance en comparación con el reporte de la Dirección Regional de Salud Cajamarca con 74% de gestantes controladas para el año 2007.

En cuanto a consumo de hierro en la investigación se encontró que del total de madres gestantes el 93.69 % consumió suplemento de hierro durante el embarazo, lo cual se encuentra asociado a los índices de control prenatal (96%) ya que si acude a su control prenatal la gestante recibe suplementación con micronutrientes y orientación sobre la importancia de su consumo. Esto beneficia grandemente a la gestante y al niño pues disminuye el riesgo de anemia y aumenta las posibilidades de tener un niño saludable que tenga la oportunidad de desarrollar todas sus capacidades.

El Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia (2014-2016) menciona que durante el periodo de gestación los requerimientos de hierro se duplican por la demanda en el crecimiento del feto, placenta, y tejidos maternos. Estos nuevos requerimientos difícilmente podrán ser cubiertos por la dieta, especialmente en poblaciones cuya dieta es de bajo consumo de alimentos ricos en hierro. Por ello, la posibilidad de sufrir anemia ferropénica en las gestantes que no consumen un suplemento de

hierro es alta. La efectividad de la suplementación de hierro para prevenir y superar la anemia ferropénica está ampliamente demostrada en diferentes estudios. Los efectos de la anemia ferropénica durante el embarazo están relacionados con el retardo de crecimiento intrauterino, el riesgo de prematuridad, y la poca oxigenación de los órganos vitales del bebé y, por ende, con el retardo también en la maduración de los mismos. Estos efectos también aumentan el riesgo de mortalidad de la madre cuando se presentan hemorragias posparto, causa principal de mortalidad materna en el país. Los efectos en el niño resultan trascendentales, considerando que la gestación es una de las etapas más importantes en el desarrollo del cerebro, por tanto, sus consecuencias en el desarrollo de capacidades intelectuales y emocionales son determinantes.

A nivel nacional la proporción de gestantes con suplementación de hierro en el último nacimiento aumentó de 74,9% en el 2007 a 88,5% en el 2012, es decir, aumentó en 13,6 puntos entre el 2007 al 2012. Asimismo, se observó que aumentó en 11,7 puntos en el área rural y 14,6 puntos en el área urbana.

La tabla 13 muestra que, el 98.4% de madres de niños menores de 5 años tuvo parto institucional. Se denomina parto institucional a aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado de salud; en el cual hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido. Esto gracias al aumento en las coberturas de control prenatal ya que allí se va sensibilizando y comprometiendo a la gestante y familia sobre la importancia de que su hijo nazca en un establecimiento de salud.

Así mismo a nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las

decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio (Informe Mundial sobre nutrición. 2012. UNICEF).

ENDES 2007 y la ENDES Continua 2010 a nivel nacional la proporción de partos institucionales se ha incrementado en cinco puntos porcentuales (de 76,0 por ciento a 81,0 por ciento).

En cuanto al estado nutricional de los niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita se encontró que el 56% de niños tiene estado nutricional normal, el 32.18% desnutrición crónica y el 11% desnutrición aguda. Al comparar los resultados del estudio con los datos nacionales, reportados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES,2012), la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años en el Perú alcanzó el 18,1 % y en el departamento de Cajamarca 34.2% lo que indica que en Gregorio Pita la desnutrición crónica es 13,9 puntos porcentuales más que el promedio nacional y 2.2 puntos menos que en Cajamarca. Así mismo si comparamos con los datos reportados por INEI 2007 para el distrito de Gregorio Pita (57,7%) podemos decir que la desnutrición crónica ha disminuido 25.5 puntos porcentuales en 5 años. Los resultados encuentran sustento en los planteamientos de la UNICEF6 (2005), quien menciona que la desnutrición crónica es el tipo de desnutrición más frecuente encontrada en los niños menores de 5 años. Situación que es preocupante porque se sabe que la desnutrición constituye un grave problema que ataca irreversiblemente el derecho a la vida, al crecimiento y desarrollo, la salud y la educación de los niños.

Aunque el Ministerio de Salud (MINSA) desde el 2001 ha implementado diversas

políticas para fortalecer la atención integral en todas las etapas de vida, de prioridad en la infancia hasta ahora no se ha logrado resultados, eficaces y eficientes, el problema de la desnutrición tiene diversos determinantes que se ubican más allá de la intervención del sector salud y requiere de una intervención intersectorial con enfoque territorial y de seguridad alimentaria.

En cuanto al peso al nacer se encontró que del total de niños evaluados el 96.21% tiene un buen peso al nacer y el 3.79% tuvo bajo peso al nacer, si se compara con los datos reportados por INEI 2007 para Cajamarca (8.4%), puedo decir que el indicador de bajo peso al nacer ha disminuido en 4.61 puntos porcentuales en un periodo de 5 años.

El peso al nacer es, sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud. Los recién nacidos con bajo peso (aquellos que pesan menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido (UNICEF, 2012)

En la investigación se encontró que, del total de niños menores de 6 meses el 87.5% tiene como alimentación lactancia materna exclusiva. En comparación con los datos del INEI 2007 (70.3%) se puede decir que la lactancia materna se ha incrementado en 17.2 puntos porcentuales en un periodo de 5 años. Además, se encontró que el 12,5 % de las madres de niños menores de 6 meses no brindan lactancia materna exclusiva, debido a que complementan la leche materna con agüitas, caldos u otras leches. Dichas actividades se vienen realizando como parte de su cultura, bajo nivel educativo y pasan de generación en generación atentando contra la salud de los niños y niñas.

La leche humana “es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le proporciona nutrición, protección e información al lactante humano”. No solo es un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino “un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una función nutricional, otra de protección contra las infecciones, y otra de estímulo del desarrollo al asegurar y prolongar la formación de vínculos”. (Ministerio de Salud, 2009).

En el Perú, la lactancia materna es una práctica culturalmente aceptada, sin embargo el crecimiento urbano, la escasa regulación de la comercialización y la distribución de los sucedáneos de la leche materna, el incremento de la actividad laboral de la mujer, los cambios en las pautas de alimentación infantil, el incremento de los partos por cesáreas, así como la escasa información y educación en derechos vinculados a la lactancia materna; han influido en la tendencia decreciente de la LME en las últimas décadas.( MINSAL 2014-2016)

En cuanto a CRED completo se encontró que del total de niños menores de 5 años el 92% tienen control de crecimiento completo de acuerdo a su edad y tan solo el 8% no tienen CRED completo. En comparación con los resultados reportados por INEI 2007 (63%) el control de crecimiento y desarrollo se ha incrementado en 29 puntos porcentuales en un periodo de 5 años.

A nivel nacional, la proporción del control CRED en las niñas y niños menores de 36 meses aumentó de 24,0% en el 2007 a 50,8% en 2009, es decir, aumentó en 26,8%. Asimismo, en el área rural aumentó en 34,6% y en el área urbana en 22,9%, siendo dicho incremento significativo, pero que aún requieren de un mayor incremento de su cobertura, pero, sobre todo, de la calidad de la prestación. (ENDES,2009)

El control de crecimiento y desarrollo son el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas en los establecimientos de salud con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento y, de este modo, reducir la severidad y duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte. (Instituto Nacional de Salud,2014). Además, tiene como finalidad promover buenas prácticas de salud como lactancia materna exclusiva, vacunación oportuna y buenas prácticas de nutrición.

En cuanto a vacunas el 98% de los niños menores de 5 años tiene vacunas completas. Esto muestra relación directa con el 92% de niños que tiene control de crecimiento y desarrollo mostrado en la tabla 19, ya que a mayor control CRED

mayor cobertura de vacunas. En la administración de vacunas se confiere inmunidad mediante la administración de antígenos o de anticuerpos para enfermedades prevenibles de la infancia. Al estar el niño y la niña menor de 5 años protegido frente a las enfermedades disminuye el riesgo de desnutrición crónica infantil.

A nivel mundial, se estima que las inmunizaciones previenen cerca de tres millones de muertes infantiles cada año. A pesar de la cobertura casi global de la inmunización (80%), es todavía un reto llegar a una cobertura universal y el número de muertes causadas por enfermedades prevenibles por medio de vacunas aún es elevado a nivel mundial. (Instituto Nacional de Salud, 2014).

A nivel nacional, la proporción de niños menores de 24 meses con vacunas contra el rotavirus y neumococo para su edad se incrementó de 13,2% en el 2009 a 66,4%, es decir, aumentó significativamente en 53,2%. Por otro lado, observamos que en el área rural aumentó en 51,8% y en el área urbana en 53,9%. Cifras que requieren mantenerse e incrementarse. (ENDES, 2007 -2012).

Todas las vacunas consideradas en el esquema de vacunación aprobado por el MINSA son importantes, sin embargo, se han identificado dos de ellas que tienen mayor relación con las enfermedades prevalentes de la infancia: 1) vacuna contra el rotavirus que previene la presentación de diarreas severas (EDA), y 2) vacuna contra el neumococo que previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías (IRA). Estas son las vacunas priorizadas en el Programa articulado nutricional. (MINSA, 2013)

En lo referente a infecciones respiratorias agudas se encontró que el 86% de niños menores de 5 años no sufre de infecciones respiratorias agudas y el 14.20 % si

sufre de infecciones respiratorias; de lo cual puedo decir que dichos porcentajes están estrictamente relacionados con la cobertura de control de crecimiento y desarrollo y administración de vacunas, ya que a mayor cobertura de vacunas (Neumococo) menor posibilidad de infección respiratoria. En comparación con los datos de INEI 2007 quien reporta un 21.7% IRAS en niños menores de 5 años, puedo decir que el índice de enfermedades respiratorias agudas ha disminuido en 7.5 puntos porcentuales en un periodo de 5 años.

A nivel nacional, las IRA en niñas y niños menores de 36 meses disminuyeron significativamente de 24,0% en el 2007 a 14,6% en el año 2012. La distribución por ámbito geográfico nos muestra una disminución de 9,8 puntos en el área rural y 8,4 puntos en el área urbana. Si bien es cierto existe una tendencia a la disminución de las IRA en general, existe la necesidad de explorar los factores asociados a ella para continuar impulsando las acciones que reduzcan su proporción y más aún sus formas graves de presentación que, a su vez, permitan romper el círculo vicioso entre la DCI y la enfermedad propiamente dicha. (ENDES, 2007 -2012).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son un conjunto de enfermedades causadas generalmente por virus y bacterias. Constituyen la causa principal de consulta en los servicios de salud y es la que ocasiona el mayor número de decesos en niñas y niños menores de 36 meses y en adultos mayores de 60 a más años de edad. Las IRA son más frecuentes en períodos estacionales caracterizados por cambios bruscos en la temperatura, así como en ambientes con alta contaminación ambiental. (INEI, 2013).

En cuanto a enfermedades diarreicas agudas, la investigación mostro que el 89% de niños menores de 5 años no sufre de EDA y 10.7% de niños sufrieron un episodio de enfermedad diarreica aguda. Los elevados porcentajes mostrados en las tablas se encuentran asociados al incremento de las coberturas de control de crecimiento y desarrollo y administración de vacunas (rotavirus) sumados a medias de higiene como lavado de manos y consumo de agua segura. Con respecto al 10.73% de niños que presentan EDA aun es un porcentaje alarmante ya que son niños con mayor riesgo de desnutrición crónica. Población en cual hay que trabajar higiene y saneamiento familiar. Si comparamos con los índices de EDA en Cajamarca según INEI 2007 quien reporta 21.8% puedo decir que las EDAS han disminuido en 11 puntos porcentuales en un periodo de 5 años.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

1. El índice desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Distrito Gregorio Pita- San Marcos para el periodo 2008- 2012 es de a 32%.
2. La desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en el Distrito Gregorio Pita ha pasado de 57.7% en el 2007 a 32% en el 2012, disminuyendo en 25.5 puntos porcentuales.
3. El bajo peso al nacer pasó de 8.4% en el 2007 a 3.79% en el 2012 disminuyendo en 4.61 puntos porcentuales en un periodo de 5 años.
4. La lactancia materna exclusiva paso 70.3% en el 2007 a 87.5% en el incrementados en 17.2 puntos porcentuales.
5. El control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años del distrito Gregorio Pita ha aumentado en 29 puntos porcentuales pasando de 63% en el año 2007 a una cobertura de 92% en el 2012.
6. La cobertura de vacunas paso de 57.3% en el 2007 a 98% en el 2012 incrementándose en 40 puntos porcentuales en un periodo de 5 años. Mostrando relación directa con el incremento del CRED ya que a mayor CRED mayor cobertura de vacunas.
7. La prevalencia de infecciones respiratorias agudas paso, de 21.7% en el 2007 a 14.20% en el 2012 disminuyendo en 7.5 puntos porcentuales.

8. Las enfermedades diarreicas agudas disminuyeron en 11 puntos porcentuales es decir paso de 21.8% a 10.73% en el 2012.
  
9. El Programa Articulado Nutricional si tiene un impacto positivo en relación a la disminución de la reducción de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años del distrito de Gregorio Pita – San Marcos 2008-2012.

## **RECOMENDACIONES**

### **AL PAN**

1. Que a través del gobierno se siga interviniendo y apoyando a la primera infancia, sobre todo de zonas rurales para que los niños tengan óptimas condiciones de desarrollo.
2. Realizar capacitaciones constantes a personal de salud con la finalidad de mantenerlos actualizados y sensibilizados sobre la importancia de la implementación del programa.
3. Promover la acción concertada entre el Gobierno Nacional, Regional, Local y la participación de la sociedad civil en la implementación del programa en beneficio de la población infantil.

### **AL PERSONAL DE SALUD**

1. Brindar una atención de calidad, con calidez y adecuación intercultural para promover que acudan al establecimiento de salud.
2. Establecer una alianza y coordinación con las autoridades comunales, en el marco de la estrategia de Comunidades Saludables, crear el Sistema de Vigilancia Comunitaria - para el monitoreo de las mujeres gestantes y de los niños/as menores de 3 años.
3. Brindar asistencia técnica a los integrantes del Municipio Provincial y Distrital por parte del personal de salud capacitado y así a través de los municipios se promueva el cuidado infantil y la adecuada alimentación.

4. Promover la participación activa de la familia y la comunidad en la identificación de riesgos en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas desde el embarazo.
5. Monitoreo y evaluación de las intervenciones que se desarrollan en alimentación y nutrición.
6. Fomento, protección y promoción de la lactancia materna exclusiva.
7. Promover la importancia de la producción y el consumo de alimentos propios de la zona.

## LISTA DE REFERENCIAS.

- Alcazar, L. (2004). ¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma.
- Arróspide, M (2009). Presupuesto Público Evaluado: Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS". Informe Final para la Presidencia del Consejo de Ministros. Perú.
- Arámbulo, C. (2012). Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012.
- Sen, A. (1996). La calidad de vida
- Sen, A (2000). Desarrollo Humano: Postulados Principales y Articulación con las Teorías del Desarrollo.
- Béjar, H. (Lima 2011). Justicia Social Política Social. Cuarta Edición.
- CARE. (2011) Análisis del éxito en la lucha contra la desnutrición en el Perú.
- Cabeñas, I. y Mercado, S. (2009). Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño menor de 5 años en el Barrio Aranjuez. Trujillo, Perú
- Cruzado, V. (2012). “Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Perú
- Córdova, R. y Novoa, F. (2006). Factores socioculturales económicos y desnutrición en niños de 1-4 años centro de salud santa teresita. Sullana, Perú.
- Dosamantes, D. y Gutiérrez. J. (1997). La enfermedad de la injusticia.
- Dirección Regional de Salud Cajamarca (2012). Reporte de salud Cajamarca.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2007 -2012). Cajamarca.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2009) Perú.
- Encuesta Demográfica y de salud familiar.(2010).Perú.
- Glewwe, J. &King. (2000) "El impacto del estado nutricional de la primera infancia en el Desarrollo Cognitivo. Washington.
- Gobierno Regional de Cajamarca. (2004-2010). Políticas Regionales en Salud.
- Gobierno Regional de Cajamarca. (2009). Encuentro Nacional de balance

- Jaillita, S. (2012). Análisis del Programa Articulado Nutricional a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas. Perú.
- Inurritegui, M. & Gajate, G. (Octubre, 2002). El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil.
- INEI. (2009) Perú.
- INEI. (2010). Perú
- INEI. (2011- 2012). Perú
- INEI. (2013). Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, Primer Semestre. Perú.
- Infobarómetro de la Primera Infancia. (2012). Desnutrición Crónica infantil cero en el 20016. Perú.
- Instituto Nacional de Salud (2014-2016). Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País. Lima Perú.
- Martínez, R. & Fernández, A. (2006). “Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina”, Serie Manuales N°52, CEPAL.
- MEF. (2009). Informe Económico, Perú.
- Maqui, E (2015). El programa social Qaliwarma y su incidencia en combatir la desnutrición infantil y mejorar el aprendizaje de los niños en el distrito Guadalupito, Provincia de Virú, Región la Libertad en el periodo 2012-2014, Perú.
- MONIN. (2008-2010). Perú.
- MINSA. (2009). Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud. Lima.
- MINSA. (2010). Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años. Perú
- Mesa de concertación de lucha contra la pobreza. (2011). Perú
- MINSA - PAN (2012). Gestión Integral de Servicios para la Primera Infancia. Experiencias Nacionales.
- MINSA (2013). "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación –RM 510.

- Ministerio de Salud. (2014-2016). Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil.
- PRISMA., (2002). “Pobreza y Desnutrición. Lima, Perú.
- Paraje, G. (2008). Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe. Chile
- Programa Juntos. (2009). Antecedentes, avances y resultados de evaluación - síntesis. Documento elaborado con asistencia técnica del Banco Mundial. Perú.
- Programa Nacional de Asistencia Alimentaria. (2008) Memoria anual. Perú
- PAN (2012). Balance de ejecución 2012. Perú
- Programa Articulado Nutricional. (2015). RD N°05. Perú.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (1998)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2000)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2002).
- Reyes, J & Gallegos, J. (2012). Desnutrición Infantil: Población Rural del Programa Oportunidades.
- Schultz, T. (1984). Estudio del impacto de las variables económicas y comunitarias de los hogares sobre la mortalidad infantil.
- Silva, J. y Zúñiga O. (2008). Factores socioculturales del cuidador(a) familiar y el grado de asistencia al control de crecimiento y desarrollo de los niños de 1 a 5 años del Puesto de Salud del Distrito Callhuas. Huancayo, Perú
- Tazza R, & Bullon L. (2006) ¿Obesidad o desnutrición?: Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años.
- Tello, G. (2012). Influencia de los Programas Sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San Pablo- Cajamarca 2012, Perú.
- UNICEF. (1987). Ajuste con rostro humano
- UNICEF. (1997).
- UNICEF. (1998) “Estado Mundial de la Infancia”.
- UNICEF6. (2005)
- UNICEF. (2006)

- UNICEF. (2008). Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe
- UNICEF. (2011). Desnutrición infantil, Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento.
- UNICEF (2012). Informe Mundial sobre nutrición. Perú.
- Viera, R. (2012). “La alimentación saludable como pilar fundamental del desarrollo y el bienestar – Análisis de los Programas Sociales de alimentación y nutrición del Estado Ecuatoriano y la forma en que abordan el problema de la desnutrición en el Ecuador”.
- Zúñiga, L. (2008). Factores biosocioculturales del cuidador (a) familiar y estado nutricional del niño menor de 1 año asentamiento humano justicia paz y vida Huancayo, Perú.

## **APÉNDICES**

## Apéndice 01

**TABLA 30.** Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años según Departamento, Provincia y Distrito. 2007.

| Departamento,<br>Provincia y Distrito | Total de niños | Niños con desnutrición crónica |      |
|---------------------------------------|----------------|--------------------------------|------|
|                                       |                | Abs.                           | %    |
| Cajamarca                             | 152 411        | 71 024                         | 46.6 |
| Provincia San marcos                  | 5 399          | 2 893                          | 53.6 |
| Distrito Gregorio Pita                | 741            | 428                            | 57.7 |

Fuente: Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de cinco años a nivel Provincial y Distrital, INEI 2007.

**TABLA 31.** Cobertura de vacunas y paquete de Crecimiento y Desarrollo es nutrición en niños menores de 5 años según Departamento, Provincia y Distrito. 2007.

| INDICADOR                                | CAJAMARCA | SAN<br>MARCOS | GREGORIO PITA |
|--|-----------|---------------|---------------|
| CRED completo niños<br>menores de 3 años | 35.2      | 52            | 63%           |
| Vacunas completas                        | 52%       | 60,1%         | 57.3%         |

Fuente: Reporte de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2007.

**Apéndice 02**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**MENCIÓN PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO**

**LÍNEA GERENCIA SOCIAL**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
DEL DISTRITO DE GREGORIO PITA, SAN MARCOS, 2008-2012.**

**CUESTIONARIO N°.....**

Señoras madres y/o de familia, estamos aplicando el presente cuestionario con la finalidad de identificar los impactos del Programa Articulado Nutricional en relación a la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, por lo que solicitamos su colaboración brindando la información correspondiente.

**I. Datos Generales:**

Departamento:.....

Provincia:.....

Distrito:..... CentroPoblado:.....

Comunidad:.....

Encuestador.....Fecha.....

**II. Datos familiares.**

1. Nombres y Apellidos del encuestado .....

2. ¿Cuál es su parentesco con el niño menor de 5 años?

a) Padre ( )

b) Madre ( ) Otro ( )

3. Edad en años.

- a) Menor de 18        ( )
- b) 18-24                ( )
- c) 25-34                ( )
- d) 35-44                ( )
- e) 45-54                ( )
- f) 55 a mas            ( )

4. Sexo:

- a) M                    ( )
- b) F                    ( )

5. Grado de instrucción:

- a) Primaria incompleta    ( )
- b) Primaria completa      ( )
- c) Secundaria incompleta ( )
- d) Secundaria completa    ( )
- e) Superior                ( )
- f) Sin estudios             ( )

6. Ocupación:

- a) Cuidado del Hogar      ( )
- b) Agrícola                ( )
- c) Pecuaria                ( )
- d) Comerciante            ( )
- e) Artesanal                ( )
- f) Otro                    ( ) Especifique.....

7. Estado civil:

- a) Soltero ( )
- b) Casado ( )
- c) Viudo ( )
- d) Divorciado ( )
- e) Conviviente ( )

8. Número de miembros del hogar:

- a) Dos ( )
- b) Tres ( )
- c) Cuatro ( )
- d) Cinco ( )
- e) Seis a más ( )

9. Ingreso económico mensual en Nuevos Soles:

- a) Menos a 200 ( )
- b) 200 a 400 ( )
- c) 401 a 600 ( )
- d) 601 a 800 ( )
- e) 801a 1000 ( )
- f) más de 1000 ( )

10. Servicios con los que cuenta:

- a) Agua ( )
- b) Desagüe ( )
- c) Luz eléctrica ( )

d) Otros ( ) Especifique.....

11. Abastecimiento de agua:

a) Agua Potable ( )

b) Agua Entubada ( )

c) Pozo ( )

d) Otro ( ) Especifique.....

12. Eliminación de excretas:

a) Letrina ( )

b) Pozo ciego ( )

c) Desagüe ( )

d) Campo abierto ( )

e) Otros ( )Especifique.....

13. Niños menores de 5 años en el hogar:

a) Uno ( )

b) Dos ( )

c) tres a mas ( )

14. Número de habitaciones del hogar:

a) Una ( )

b) Dos ( )

c) Tres ( )

d) cuatro a más ( )

15. Combustible para cocinar:

a) Leña ( )

- b) Gas
- c) Carbón
- d) Otro  Especifique .....

16. Si su respuesta anterior es a. Cuenta Ud. con Cocina mejorada:

- a) Si
- b) No

17. Afiliación a programa juntos:

- a) Si
- b) No

### III. Antecedentes Prenatales

18. Controles prenatales:

- a) Completos
- b) Incompletos
- c) Sin controles

19. Suplementación con hierro: Ud. ¿Consumió sulfato ferroso durante su embarazo?

- a) Si
- b) No

20. Entrega de alimentos a la madres gestantes: Ud. ¿Recibió la canasta de alimentos del programa integral de nutrición durante su embarazo?

- a) Si
- b) No

21. Ud. Tuvo Complicaciones durante su el embarazo:

- a) Si  Especifique.....  
b) No

22. Lugar del parto: ¿Dónde fue su parto?

- a) Centro y/o puesto de salud   
b) Domicilio

IV. Datos del niño menor de 5 años.

23. Nombre del niño .....

24. Sexo:

- a) M   
b) F

25. Fecha de nacimiento:.....

26. Peso al nacer:

- a) Menos de 2. 500 kg   
b) 2. 500 2.800 kg   
c) 2.801 - 3.100 kg   
d) 3.101 – 3.400   
e) 3.401 –más

27. Talla al nacer:

- a) 42-44 cm   
b) 44.1- 46 cm   
c) 46.1-48   
d) 48.1-50   
e) 50.1-52 cm   
f) 52.1 a más

28. ¿En qué grupo de edad se encuentra su niño- niña?

- a) Menor de 6 meses
- b) 6 a 8 meses ( )
- c) 9 a 11 meses ( )
- d) 12 a 24 meses ( )
- e) 25 a 36 meses ( )
- f) 37 a 60 meses ( )

29. Con respecto a la pregunta anterior si su respuesta es A. Conoce Ud. ¿Qué alimentos debe consumir el niño/a menor de 6 meses?

- a) No conoce ( )
- b) Sólo leche materna ( )
- c) Lecha materna y otros alimentos líquidos (agüitas, sopitas, jugos) ( )
- d) Sólo otros alimentos líquidos (agüitas, sopitas, jugos) ( )

30. Su niño cuenta con Seguro Integral de Salud:

- a) Si ( )
- b) No ( ) Porque .....

31. Se le hace entrega de la canasta de alimentos (PIN) a su niño menor de 36 meses en el establecimiento de salud.

- a) Si ( )
- b) No ( ) Porque.....

32. Su niño cuenta con todos sus controles de acuerdo a su edad (verificar en tarjeta de control CRED)

- a) Si ( )
- b) No ( )



**Apéndice 03**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**MENCIÓN PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO**

**LÍNEA GERENCIA SOCIAL**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO DE  
GREGORIO PITA, SAN MARCOS.**

La presente entrevista tiene como finalidad recoger las percepciones sobre cambio de hábitos y costumbres en las familias con niños menores de 5 años desde la implementación del Programa Articulado Nutricional, por lo que solicitamos su colaboración brindando la información correspondiente.

1. ¿Conoce el índice de desnutrición crónica infantil en su población de niños menores de 5 años?

Si ( ) No ( )

Especifique.....

2. ¿Conoce el año de inicio de la implementación del PAN en su puesto de salud?

Si ( ) No ( )

Especifique.....

3. ¿Cree Ud. que el programa articulado nutricional contribuye a la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años?

Si ( ) No ( )

Porque:.....

4. Considera Ud. ¿Que la entrega del control de crecimiento y desarrollo del niño con mayor cobertura y calidad influye favorablemente en la disminución de la desnutrición crónica infantil?

Si ( ) No ( )

Porque:.....

5. Considera Ud. Que se ha mejorado la cobertura de vacunas en su población de niños menores de 5 años desde la implementación del PAN

Si ( ) No ( )

Porque:.....

6. Cree Ud. Que se ha mejorado la alimentación y nutrición del niño menor de 5 años desde la implementación del PAN.

Si ( ) No ( )

Porque:.....

7. Cree Ud. Que los hogares adoptan practicas saludables para el cuidado infantil.

Si ( ) No ( )

Porque:.....

8. Niños con diarrea o infección respiratoria agua, el número de atenciones se ha:

Mantenido ( ) Incrementado ( ) Disminuido ( )

9. ¿Qué opinión le merece la implementación del Programa Articulado Nutricional?

.....

10. ¿Cuáles son sus sugerencias para mejorar la implementación del programa articulado nutricional?

.....

Gracias por su colaboración